

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**

**Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II**



**LA INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD, ENTRE OTROS  
FACTORES SOCIALES, EN LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA  
NERVIOSA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

María Victoria Carrillo Durán

Bajo la dirección de los Doctores:

Rafael López Lita  
Arturo Colorado Castellary

**Madrid, 2001**

**ISBN: 84-669-2179-6**

## INDICE

INTRODUCCIÓN. Pág.2

EL TEMA A TRATAR. Pág.10

### **CAPITULO I: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

I.1 INTRODUCCIÓN AL CAPITULO. Pág.15

I.2 DESCRIPCIÓN. Pág.18

I.3 DEFINICIONES. Pág.21

I.3.1 ANOREXIA NERVIOSA. Pág.21

I.3.1.1 DEFINIDA POR ALGUNOS AUTORES. Pág.21

I.3.2 BULIMIA NERVIOSA. Pág.25

I.4 TIPOS DE TCA.SÍNTOMAS Y

COMPORTAMIENTO.CLASIFICACIÓN. Pág.28

I.4.1.CRITERIOS PARA FLOREZ TASCÓN,1961. Pág.28

I.4.2.CRITERIOS DE VICENTE JIMÉNEZ GONZALEZ, 1969. Pág.29

I.4.3.CRITERIOS DE FEHIGNER, 1972. Pág.29

I.4.4.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE H.BRUCH, 1973. Pág.31

I.4.5.CRITERIOS DE ROLLINS, 1978. Pág.32

I.4.6.CRITERIOS DE RUSSEL, 1979. Pág.32

I.4.7.CRITERIOS DEL DSM III, 1980. Pág.33

I.4.8.CRITERIOS DE HALMI ADAPTADOS DEL DSM III,1980. Pág.34

I.4.9.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL ICD 9. Pág.34

I.4.10.CRITERIOS PARA SCHÜTZE, 1983. Pág.35

I.4.11.SUBGRUPOS PARA MICKALIDE Y ANDERSEN, 1985. Pág.36

I.4.12.DSM-III-R,1988. Pág.37

I.4.12.1.SINTOMAS DSM-III-R 1988. Pág.37

I.4.12.2.TIPOS BULIMIA DSM III-R. Pág.38

I.4.12.3.OTROS TRASTORNOS DSM III-R 1988. Pág.39

I.4.12.3.1.LA PICA. Pág.39

I.4.12.3.2.LA RUMIACIÓN EN LA INFANCIA. Pág.39

I.4.12.3.3.TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECÍFICOS. Pág.39

I.4.13.G.MORANDÉ, (1990). Pág.40

I.4.14.CRITERIOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.ICD-10. Pág.42

I.4.14.1. PAUTAS DE DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA. Pág.42

I.4.14.2.PAUTAS PARA LA BULIMIA. Pág.43

I.4.15.DSM-IV (A.P.A., 1993). Pág.43

## INDICE

I.4.15.1.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA. *Pág.43*

I.4.15.2.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA. *Pág.45*

I.4.16.M.ALEMANY, 1995. *Pág.46*

I.4.16.1.LA ANOREXIA. *Pág.46*

I.4.16.2.LA BULIMIA. *Pág.47*

I.4.17.C.MARTÍNEZ DE BAGATTINI, (1996).*Pág.47*

I.4.17.1.CLASIFICACIÓN DE ALGUNOS ITEMS SOBRE LA ANOREXIA. *Pág.47*

I.4.18.ALONSO FERNÁNDEZ (1996).*Pág.49*

I.4.19.ANALISIS DE LOS PRINCIPALES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RECIENTES.  
*Pág.50*

I.4.20.OTROS TRASTORNOS.*Pág.53*

### **I.5.PERSONALIDAD Y DEFINICIÓN DE LOS ENFERMOS DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Pág.55***

I.5.1.LA PERSONALIDAD JOVEN.AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA. *Pág.55*

I.5.1.1.LA AUTOIMAGEN. *Pág.57*

I.5.1.2.LA AUTOESTIMA. *Pág.58*

I.5.1.3.RASGOS DE LA FALTA DE AUTOESTIMA Y DE PERSONALIDAD EN LOS TCA. *Pág.60*

I.5.2.¿QUIÉN CONTRAE LOS TCA?. *Pág.62*

I.5.2.1. LA ADOLESCENCIA. *Pág.62*

I.5.2.2.EL PERFIL DE LOS ENFERMOS. *Pág.66*

I.5.2.2.1.EDAD. *Pág.67*

I.5.2.2.2.SEXO y TIPOLOGIA. *Pág.69*

I.5.2.2.3.LA CLASE SOCIAL. *Pág.72*

I.5.2.2.4.RAZA Y LUGAR. *Pág.74*

### **I.6.LA ANOREXIA. *Pág.78***

I.6.1.ANTECEDENTES.*Pág.78*

I.6.1.1.LA CONDUCTA DEL ENFERMO. *Pág.78*

I.6.1.2.LA APARIENCIA. *Pág.80*

I.6.1.3.EL PERFECCIONISMO. *Pág.81*

I.6.1.4.LA HIPERACTIVIDAD. *Pág.82*

I.6.1.5.CONDUCTAS PURGATIVAS. *Pág.82*

I.6.1.6.ACEPTAR/NEGAR LA ENFERMEDAD. *Pág.83*

I.6.1.7.LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA. *Pág.83*

I.6.2.SINTOMAS FÍSICOS.*Pág.84*

I.6.2.1.CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA ANOREXIA.*Pág.85*

I.6.2.1.1.EL CEREBRO.*Pág.85*

I.6.2.1.2.APARATOGASTRO-INTESTINAL. *Pág.85*

I.6.2.1.3.CORAZÓN.*Pág.85*

I.6.2.1.4.DENSIDAD ÓSEA Y MENOPAUSIA.*Pág.86*

## INDICE

I.6.2.I.5.PROBLEMAS RENALES Y OTROS.	<i>Pág.86</i>
I.6.2.I.6.GASTO ENERGÉTICO.	<i>Pág.87</i>
I.6.2.I.7.PIEL.	<i>Pág.87</i>
I.6.2.I.8.HEMATOLOGÍA.	<i>Pág.87</i>
I.6.2.I.9.OTROS ELEMENTOS.	<i>Pág.88</i>
I.6.3.SINTOMAS PSICOLÓGICOS.	<i>Pág.89</i>
I.6.3.I.LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN.	<i>Pág.89</i>
<b>I.7.LA BULIMIA.</b>	<i>Pág.93</i>
I.7.I.ANTECEDENTES.	<i>Pág.93</i>
I.7.I.I.LA APARIENCIA.	<i>Pág.94</i>
I.7.I.2.PERSONALIDAD.	<i>Pág.94</i>
I.7.I.3.LA CONDUCTA DEL ENFERMO.	<i>Pág.95</i>
I.7.I.4.CAUSAS QUE PERPETÚAN LA BULIMIA NERVIOSA.	<i>Pág.97</i>
I.7.I.5.ALGUNAS CONDUCTAS EN LA BULIMIA.	<i>Pág.98</i>
I.7.2 SINTOMAS FÍSICOS.	<i>Pág.98</i>
I.7.2.I.CONSECUENCIAS FÍSICAS.	<i>Pág.99</i>
I.7.2.I.I.BOCA.	<i>Pág.99</i>
I.7.2.I.2.GLÁNDULAS SALIVALES.	<i>Pág.99</i>
I.7.2.I.3. CAMBIOS HIDROELECTROLÍTICOS.	<i>99</i>
I.7.2.I.4.APARATO DIGESTIVO.	<i>Pág. 100</i>
I.7.2.I.5.APARATO CARDIOVASCULAR.	<i>Pág100</i>
I.7.2.I.6.APARATO RESPIRATORIO.	<i>Pág. 101</i>
I.7.2.I.7.APARATO URINARIO.	<i>Pág. 101</i>
I.7.2.I.8.APARATO GENITAL.	<i>Pág. 101</i>
I.7.2.I.9.MANOS.	<i>Pág. 101</i>
I.7.3.ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA BULIMIA.	<i>Pág.102</i>
<b>I.8.MODELOS EXPLICATIVOS.</b>	<i>Pág. 105</i>
I.8.I.EL PSICOANÁLISIS CLÁSICO.	<i>Pág. 105</i>
I.8.I.1.DESEO Y OBJETO.	<i>Pág. 105</i>
I.8.I.2.PSICOANÁLISIS Y FAMILIA.	<i>Pág. 107</i>
I.8.I.3.TRATAMIENTO.	<i>Pág. 108</i>
I.8.2.EL ENFOQUE CONDUCTUAL.	<i>Pág. 110</i>
I.8.3.MODELOS MULTICAUSALES.	<i>Pág. 111</i>
I.8.4.LOS PLANTEAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES.	<i>Pág. 112</i>
<b>I.9.DESENLACE DE UN TCA.</b>	<i>Pág. 114</i>
I.9.1 ACTITUD ANTE UN CASO DE TCA.	<i>Pág. 115</i>
<b>I.10.EVALUACIÓN.</b>	<i>Pág. 117</i>
<b>I.11.TRATAMIENTO.</b>	<i>Pág. 121</i>



## INDICE

I.11.1.EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.	Pág. 121
I.11.1.0.ORIENTACION DE LOS TRATAMIENTOS.	Pág. 121
I.11.1.1.EL TRATAMIENTO FÍSICO.	Pág. 123
I.11.1.2.TRATAMIENTO PSICOLOGICO.	Pág. 125
I.11.1.2.1.TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL.	Pág. 126
I.11.1.2.1.1.APLICACIÓN EN ANOREXIA.	Pág. 126
I.11.1.2.1.2.APLICACIÓN EN BULIMIA.	Pág. 132
I.11.1.3.FARMACOS.	Pág. 135
<b>I.12.DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.</b>	<b>Pág. 137</b>
I.12.1.ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS.	Pág. 137
I.12.1.1.TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVOS.	Pág. 138
I.12.1.2.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.	Pág. 138
I.12.1.3.TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	Pág. 139
I.12.1.4.TRASTORNOS DEPRESIVOS.	Pág. 139
<b>I.13.BIBLIOGRAFÍA DEL <u>CAPÍTULO</u>.</b>	<b>Pág. 144</b>
 <b>CAPITULO II: <u>EL ESTADO DE LA CUESTIÓN</u></b>	
 <b>II.1 INTRODUCCIÓN AL ESTADO-CUESTIÓN.</b>	
<b>Pág. 148</b>	
<b>II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.</b>	
<b>Pág. 149</b>	
II.2.1 UN POCO DE HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.	Pág. 149
II.2.1.1.PRE-HISTORIA DE LA ANOREXIA	Pág. 149
II.2.1.2.DE LA EDAD MEDIA AL SIGLO XX	Pág. 150
II.2.1.3.EL SIGLO XX.	Pág. 154
II.2.2 HISTORIA DE LA BULIMIA NERVIOSA.	Pág. 155
II.2.2.1.LOS COMIENZOS.	Pág. 157
II.2.2.2.APORTACIÓN DE RUSSELL.	Pág. 159
<b>II.3.ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.</b>	<b>Pág. 161</b>
II.3.1 EN ESPAÑA.	Pág. 161
II.3.2 EN EL EXTRANJERO.	Pág. 172
<b>II.4.GRAVEDAD.</b>	<b>Pág. 179</b>
II.4.1.ALGUNAS CIFRAS.EPIDEMIOLOGÍA.	Pág. 181
II.4.2 MORTALIDAD.	Pág. 186
<b>II.5.BIBLIOGRAFÍA DEL <u>CAPITULO II</u>.</b>	<b>Pág. 188</b>

## & INDICE &

### CAPITULO III: LAS CAUSAS DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

III.1 INTRODUCCION A LAS CAUSAS. *Pág. 190*

III.2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. VISIÓN MULTIFACTORIAL. *Pág. 193*

III.3. CAUSAS QUE PROVOCAN TRASTORNOS ALIMENTARIOS. *Pág. 197*

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL. *Pág. 198*

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO. *Pág. 199*

III.3.2.1. LOS FACTORES PREDISPONENTES. *Pág. 199*

III.3.2.1.1. ASPECTOS INDIVIDUALES PSICOLÓGICOS Y PERSONALES EN LOS TCA. *Pág. 200*

III.3.2.1.1.1. LA PERSONALIDAD. *Pág. 200*

III.3.2.1.1.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD PERSONAL. *Pág. 202*

III.3.2.1.2. ASPECTOS PERSONALES FÍSICOS. *Pág. 205*

III.3.2.1.2.1. EL DESARROLLO. *Pág. 205*

III.3.2.1.2.2. ASPECTOS CIRCUNSTANCIALES. *Pág. 206*

III.3.2.1.2.3. ASPECTOS GENÉTICOS. *Pág. 207*

III.3.2.1.2.3.1. ANTECEDENTES Y PROBLEMAS ALREDEDOR DEL NACIMIENTO. *Pág. 207*

III.3.2.1.2.3.2. OTROS FACTORES DE TIPO GENÉTICO. *Pág. 209*

CUADRO I: VINCULACIONES CON EL MODELO. *Pág. 210*

III.3.2.1.3. ASPECTOS FAMILIARES. *Pág. 210*

III.3.2.1.3.1. EL PAPEL DE LA FAMILIA. *Pág. 212*

III.3.2.1.3.2. LA FAMILIA. TIPOS. *Pág. 215*

III.3.2.1.3.3. LA MADRE. *Pág. 217*

III.3.2.1.3.4. LAS RELACIONES PADRES-HIJOS. *Pág. 219*

III.3.2.1.3.5. LA REACCIÓN FAMILIAR ADECUADA. *Pág. 223*

III.3.2.1.3.6. EL CONTAGIO POR LA IMITACIÓN. *Pág. 224*

CUADRO II: VINCULACIONES CON EL MODELO. *Pág. 226*

III.3.3. FACTORES DE MACROENTORNO. *Pág. 226*

III.3.3.1. FACTORES PRECIPITANTES. *Pág. 227*

III.3.3.1.1. LA GENERALIDAD DE LOS FACTORES SOCIALES. *Pág. 228*

III.3.3.1.2. LAS EXIGENCIAS PROFESIONALES. *Pág. 231*

III.3.3.1.3. LOS AMIGOS Y SUS RELACIONES. *Pág. 237*

III.3.3.1.4. LAS RELACIONES HETEROSEXUALES. *Pág. 238*

## INDICE

III.3.3.1.5.LA MODA.	<i>Pág.242</i>
III.3.3.1.6.LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.	<i>Pág.244</i>
III.3.3.1.7.LA PUBLICIDAD.	<i>Pág.249</i>
III.3.3.1.8.LAS REVISTAS .	<i>Pág.250</i>
III.3.3.1.8.1 UN ESTUDIO SOBRE REVISTAS.RESUMEN DE INVESTIGACIÓN.	<i>Pág.257</i>
III.3.3.1.8.2.SELECCIÓN DEL TEMA.	<i>Pág.260</i>
III.3.3.1.8.3.EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.DEFINICIÓN.	<i>Pág.260</i>
III.3.3.1.8.4. APLICACIÓN DEL ESTUDIO.	<i>Pág.261</i>
III.3.3.1.8.5.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	<i>Pág.262</i>
III.3.3.1.8.6. METODOLOGÍA.EL ENFOQUE.	<i>Pág.262</i>
III.3.3.1.8.7. EL METODO.ETAPAS.	<i>Pág.263</i>
III.3.3.1.8.8 EL CORPUS.	<i>Pág.263</i>
III.3.3.1.8.8.1 Pasos previos.	<i>Pág.263</i>
III.3.3.1.8.8.2 Variables independientes y dependientes.	<i>Pág.265</i>
III.3.3.1.8.8.3 Perfil de los sujetos.	<i>Pág.267</i>
III.3.3.1.8.8.4 Especificación del corpus.	<i>Pág.270</i>
III.3.3.1.8.9 HIPOTESIS DE TRABAJO.	<i>Pág.271</i>
III.3.3.1.8.10 EL MODELO.	<i>Pág.272</i>
III.3.3.1.9.ANALISIS DE LOS TEXTOS RAGAZZA.	<i>Pág.276</i>
III.3.3.1.9.1 NÚMEROS DE MAYO DE 1996 Y MAYO DE 1997.	<i>Pág.276</i>
III.3.3.1.9.2 LAS PORTADAS DE LA REVISTA Nº DE MAYO DE 1996 Y Nº DE MAYO DE 1997.	
DESCRIPCIÓN.	<i>Pág.278</i>
III.3.3.1.9.3 LOS SUPLEMENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA REVISTA.SUPLEMENTO DE MAYO DE 1996 Y SUPLEMENTO DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.279</i>
III.3.3.1.9.4 PORTADA DEL SUPLEMENTO, MAYO DE 1996 Y DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.280</i>
III.3.3.1.9.5 REVISTA RAGAZZA.Nº MAYO DE 1996.TEXTOS SELECCIONADOS.	<i>Pág.282</i>
III.3.3.1.9.5.1.TOPICOS.	<i>Pág.283</i>
III.3.3.1.9.5.2.TEORÍAS Y CONSECUENCIAS.	<i>Pág.283</i>
III.3.3.1.9.6 REVISTA RAGAZZA.Nº MAYO DE 1997.	<i>Pág.284</i>
III.3.3.1.9.6.1 TOPICOS .	<i>Pág.284</i>
III.3.3.1.9.6.2.TEORÍAS Y CONSECUENCIAS.	<i>Pág.285</i>
III.3.3.1.9.7 SUPLEMENTO DE RAGAZZA.Nº MAYO DE 1996 Y Nº MAYO DE 1997.	<i>Pág.286</i>
III.3.3.1.9.7.1 MAYO 1996.TOPICOS.	<i>Pág.286</i>
III.3.3.1.9.7.2 MAYO 1996.TEORÍAS.	<i>Pág.286</i>
III.3.3.1.9.7.3 MAYO 1997.TOPICOS .	<i>Pág.287</i>
III.3.3.1.9.7.4 MAYO 1997.TEORÍAS.	<i>Pág.288</i>
III.3.3.1.10.ANALISIS DE LOS TEXTOS NUEVO VALE. 1996.CONSIDERACIONES PREVIAS.	
	<i>Pág.288</i>

## & INDICE &

III.3.3.1.10.1	NÚMERO DEL 11 DE MAYO DE 1996.	<i>Pág.288</i>
III.3.3.1.10.2	NÚMERO DEL 18 DE MAYO DE 1996.	<i>Pág.289</i>
III.3.3.1.10.3	NÚMERO DEL 25 DE MAYO DE 1996.	<i>Pág.290</i>
III.3.3.1.10.4	NÚMERO DEL 1 DE JUNIO DE 1996.	<i>Pág.291</i>
III.3.3.1.10.5	CONCLUSIONES PARCIALES 1996.	<i>Pág.292</i>
III.3.3.1.10.6	LAS PORTADAS DE LAS REVISTAS.1996.	<i>Pág.292</i>
III.3.3.1.11	ANÁLISIS DE LOS TEXTOS <i>NUEVO VALE</i> . 1997.	CONSIDERACIONES PREVIAS. <i>Pág.295</i>
III.3.3.1.11.1	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 10 DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.295</i>
III.3.3.1.11.2	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 17 DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.296</i>
III.3.3.1.11.3	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 24 DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.296</i>
III.3.3.1.11.4	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 31 DE MAYO DE 1997.	<i>Pág.297</i>
III.3.3.1.11.5	CONCLUSIONES PARCIALES.	<i>Pág.298</i>
III.3.3.1.12	LAS PORTADAS DE LAS REVISTAS DE 1996 Y 1997.	<i>Pág.298</i>
III.3.3.1.13	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 11 MAYO DE 1996.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.300</i>
III.3.3.1.13.1	TOPICOS.	<i>Pág.301</i>
III.3.3.1.13.2	TEORIAS.	<i>Pág.301</i>
III.3.3.1.14	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 18 MAYO DE 1996.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.301</i>
III.3.3.1.14.1	TOPICOS .	<i>Pág.301</i>
III.3.3.1.14.2	TEORIAS .	<i>Pág.302</i>
III.3.3.1.15	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 25 MAYO DE 1996.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.302</i>
III.3.3.1.15.1	TOPICOS .	<i>Pág.302</i>
III.3.3.1.15.2	TEORIAS .	<i>Pág.302</i>
III.3.3.1.16	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 1 DE JUNIO 1996.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.302</i>
III.3.3.1.16.1	TOPICOS .	<i>Pág.303</i>
III.3.3.1.16.2	TEORIAS .	<i>Pág.303</i>
III.3.3.1.17	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 10 MAYO DE 1997.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.303</i>
III.3.3.1.17.1	TOPICOS .	<i>Pág.303</i>
III.3.3.1.17.2	TEORIAS.	<i>Pág.303</i>
III.3.3.1.18	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº 17 MAYO DE 1997.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.304</i>
III.3.3.1.18.1	TOPICOS.	<i>Pág.304</i>
III.3.3.1.18.2	TEORIAS .	<i>Pág.304</i>
III.3.3.1.19	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº.24 DE MAYO 1997.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.304</i>
III.3.3.1.19.1	TOPICOS .	<i>Pág.304</i>
III.3.3.1.19.2	TEORIAS .	<i>Pág.304</i>
III.3.3.1.20	REVISTA <i>NUEVO VALE</i> .Nº.30 DE MAYO 1997.	TEXTOS SELECCIONADOS. <i>Pág.305</i>
III.3.3.1.20.1	TOPICOS .	<i>Pág.305</i>

## INDICE

III.3.3.1.20.2 TEORIAS .	<i>Pág.305</i>
III.3.3.1.21.CONCLUSIONES PARTICULARES.	<i>Pág.305</i>
III.3.3.1.22.ANALISIS DE LOS TEXTOS <i>SUPERPOP</i> .CONSIDERACIONES PREVIAS DE LA REVISTA 1996 Y 1997.	<i>Pág.306</i>
III.3.3.1.22.1 LAS PORTADAS DE LOS NUMEROS DE 1996 Y 1997.	<i>Pág.308</i>
III.3.3.1.23 REVISTA SUPER POP.Nº 474 MAYO DE 1996.TEXTOS SELECCIONADOS.	<i>Pág.310</i>
III.3.3.1.23.1 TOPICOS.	<i>Pág.310</i>
III.3.3.1.23.2 TEORIAS.	<i>Pág.311</i>
III.3.3.1.24 REVISTA SUPER POP.Nº 475 MAYO DE 1996.TEXTOS SELECCIONADOS .	<i>Pág.311</i>
III.3.3.1.24.1 TOPICOS.	<i>Pág.311</i>
III.3.3.1.24.2 TEORIAS.	<i>Pág.311</i>
III.3.3.1.25 REVISTA SUPER POP.Nº 500 MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS.	<i>Pág.311</i>
III.3.3.1.25.1 TOPICOS.	<i>Pág.312</i>
III.3.3.1.25.2 TEORIAS.	<i>Pág.312</i>
III.3.3.26 REVISTA SUPER POP.Nº 501 MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS.	<i>Pág.312</i>
III.3.3.1.26.1 TOPICOS.	<i>Pág.312</i>
III.3.3.1.26.2 TEORIAS.	<i>Pág.312</i>
III.3.3.1.27.CONCLUSIONES PARTICULARES.	<i>Pág.313</i>
III.3.3.1.28.LOS TEXTOS PUBLICITARIOS SELECCIONADOS.	<i>Pág.314</i>
III.3.3.1.28.1 ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD.REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO 1996.	<i>Pág.314</i>
III.3.3.1.28.2 ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD.REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO 1997 .	<i>Pág.315</i>
III.3.3.1.28.3 SUPLEMENTO DE <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO DE 1996 Y Nº MAYO DE 1997 .	<i>Pág.316</i>
III.3.3.1.28.4 CONCLUSIONES PARCIALES.	<i>Pág.316</i>
III.3.3.1.28.5TEXTOS PUBLICITARIOS REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO DE 1996.	<i>Pág.317</i>
III.3.3.1.28.5.1.ANUNCIO 1: PEPE JEANS .	<i>Pág.317</i>
III.3.3.1.28.5.2.ANUNCIO 2: perfume FLEUR D'EAU.ROCHAS.	<i>Pág.319</i>
III.3.3.1.28.5.3.ANUNCIO 3: DON ALGODÓN.	<i>Pág.319</i>
III.3.3.1.28.5.4.ANUNCIO 4: LA MODA DE LAS TOP-MODELS EN EXCLUSIVA PARA EL CORTE INGLÉS.ELITE MODELS FASHION.	<i>Pág.320</i>
III.3.3.1.28.6.SUPLEMENTO DE LA REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO DE 1996 .	<i>Pág.321</i>
III.3.3.1.28.6.1.ANUNCIO 1: ELLE.	<i>Pág.321</i>
III.3.3.1.28.7.TEXTOS PUBLICITARIOS REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO DE 1997.	<i>Pág.322</i>
III.3.3.1.28.7.1 ANUNCIO 1: BLANCO.	<i>Pág.323</i>
III.3.3.1.28.7.2 ANUNCIO 2: perfume KENZO.	<i>Pág.323</i>
III.3.3.1.28.7.3 ANUNCIO 3: LACOSTE.	<i>Pág.325</i>
III.3.3.1.28.8 SUPLEMENTO DE LA REVISTA <i>RAGAZZA</i> .Nº MAYO DE 1997.	<i>Pág.326</i>
III.3.3.1.28.8.1 ANUNCIO 1: ELLE.	<i>Pág.326</i>
III.3.3.1.28.9 LA PUBLICIDAD.NUEVO VALE 1996.	<i>Pág.327</i>

## & INDICE &

III.3.3.1.28.9.1 ANUNCIO 1: SEM CREAM.Nº DEL 11 DE MAYO DE 1996. *Pág.327*  
III.3.3.1.28.9.2 ANUNCIO 2: CCC.(Nº DEL 18 DE MAYO DE 1996. *Pág.328*  
III.3.3.1.28.9.3 ANUNCIO 3: SUPER POP.Nº DEL 25 DE MAYO DE 1996. *Pág.329*  
III.3.3.1.28.9.4 ANUNCIO 4: GRÁNULOS DE GUAR.Nº 1 DE JUNIO DE 1996. *Pág.330*

III.3.3.1.28.10 LA PUBLICIDAD.NUEVO VALE 1997. *Pág.331*  
III.3.3.1.28.10.1.ANUNCIO 1: HOME ENGLISH(Nº DEL 10 DE MAYO DE 1997). *Pág.332*  
III.3.3.1.28.10.2.ANUNCIO 2: Pronto Nº DEL 17 DE MAYO DE 1997). *Pág.332*  
III.3.3.1.28.10.3.ANUNCIO 3: SUPER POP Nº DEL 24 DE MAYO DE 1997). *Pág.333*  
III.3.3.1.28.10.4.ANUNCIO 4: FRESHLOOK (Nº DEL 30 DE MAYO DE 1997). *Pág.334*

III.3.3.1.28.11 LA PUBLICIDAD.SUPER POP 1996. *Pág.335*  
III.3.3.1.28.11.1 ANUNCIO 1: El Corte Inglés. *Pág.336*  
III.3.3.1.28.11.2.ANUNCIO 2: YAMAHA. *Pág.337*  
III.3.3.1.28.11.3 ANUNCIO 3: COTTON. *Pág.337*  
III.3.3.1.28.11.4 ANUNCIO 4: GENERAL OPTICA. *Pág.338*  
III.3.3.1.28.12 LA PUBLICIDAD.SUPER POP 1997. *Pág.339*  
III.3.3.1.28.12.1 ANUNCIO 1: NIKE . *Pág.340*  
III.3.3.1.28.12.2.ANUNCIO 2: SMIRNOFF. *Pág.341*  
III.3.3.1.28.12.3 ANUNCIO 3: SALVA SLIP. *Pág.342*  
III.3.3.1.28.12.4 ANUNCIO 4: EXIT MODELS. *Pág.342*

III.3.3.1.29.COMPROBACIÓN Y ANÁLISIS. *Pág.343*

III.3.3.1.30.CONCLUSION PERSONAL. *Pág.351*

CUADRO III: VINCULACIONES CON EL MODELO. *Pág.352*

III.4 BIBLIOGRAFÍA. CAPITULO III. *Pág.353*

## **CAPITULO IV: EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL**

IV.CONTEXTO GENERAL SOCIAL. *Pág.356*

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL. *Pág.356*

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA . *Pág.362*

IV.2.1 GORDOS O DELGADOS. *Pág.362*

IV.2.2 IDEA SOCIAL DE LA GORDURA. *Pág.365*

IV.2.3 ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO EN LA POBLACIÓN  
ADOLESCENTE. *Pág.369*

IV.2.3.1.LOS PRODUCTOS MAS CONSUMIDOS. *Pág.369*

## INDICE

IV.2.3.2.LOS QUE MENOS SE CONSUMEN . Pág.370

IV.2.3.3.HABITO DE USO DE PRODUCTOS SEMANALES. Pág.370

IV.2.3.4.BIENES Y SERVICIOS. Pág.371

IV.2.4 LAS DIETAS. Pág.374

IV.2.4.1 DE LA DIETA RESTRICTIVA A LA DIETA ANORÉXICA. Pág.376

IV.2.4.2 DIETAS PARA ADELGAZAR. Pág.380

IV.2.4.3 EL NEGOCIO DEL CONSUMO DE LAS DIETAS. Pág.383

IV.2.5 EL DEPORTE. Pág.385

**IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO. Pág.390**

IV.3.1. LOS HOMBRES "DANONE". Pág.390

IV.3.2. LA MUJER "LIGHT". Pág.392

IV.3.3.LA EVOLUCIÓN DEL CUERPO FEMENINO. Pág.396

IV.3.4.ALGUNAS FAMOSAS. Pág.400

IV.3.5 ALGUNAS FORMAS DE FRAGMENTARN EL CUERPO FEMENINO EN LA SOCIEDAD. Pág.402

IV.3.5.1 PORNOGRAFÍA Y FRAGMENTACIÓN . Pág.402

IV.3.5.2 LA FOTOGRAFÍA DE MODA EN LA SOCIEDAD. Pág.403

**IV.4.LA MODA. Pág.405**

IV.4.1.LA MODA UNA NORMA. Pág.405

IV.4.1.1.LOS ELEMENTOS DE LA MODA. Pág.408

IV.4.1.1.1.ELEMENTOS CONSTITUTIVOS. Pág.408

IV.4.1.1.2.ELEMENTOS TANGENCIALES. Pág.409

IV.4.2.MIRANDO ATRÁS. Pág.410

IV.4.2.1.NOTAS HISTÓRICAS DE LA MODA. Pág.410

IV.4.2.2.CASO HISTÓRICO: PRISIÓN DEL CUERPO. Pág.414

IV.4.3 LA MODA EN LA ACTUALIDAD. Pág.416

IV.4.3.1.LA CULTURA DE LA DELGADEZ. Pág.416

IV.4.3.2 VESTIDO Y CUERPO. Pág.418

IV.4.3.3 LA MODA Y LO MODERNO. Pág.421

IV.4.3.4 MODELOS Y ACTRICES. Pág.424

IV.4.3.5 LA MODA SE DEFIENDE. Pág.428

IV.4.4 MODA Y PUBLICIDAD . Pág.432

**IV.5.BIBLIOGRAFÍA. CAPÍTULO IV . Pág.435**

## INDICE

### **CAPITULO V: EL MARKETING ADELGAZANTE Y LA PUBLICIDAD**

#### **V.1.CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DESDE UNA POSTURA CRÍTICA.***Pág.440*

V.1.1 LOS EFECTOS DE LA INTOXICACIÓN INFORMATIVA. *Pág.441*

#### **V.2.LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES.** *Pág.444*

V.2.1.PRODUCTOS DE ACTUACIÓN DIRECTA EN EL CUERPO. *Pág.446*

V.2.1.1.APARATOS.*Pág.446*

V.2.1.2.PRODUCTOS NO INGERIDOS. *Pág.448*

V.2.1.3.PRODUCTOS INGERIDOS.*Pág.448*

V.2.1.3.1.LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS.*Pág.452*

V.2.1.4.TECNICAS QUIRÚRGICAS.*Pág.454*

V.2.2.PRODUCTOS DE ACTUACIÓN INDIRECTA EN EL CUERPO.*Pág.455*

#### **V.3.UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN.***Pág.458*

#### **V.4.LA PUBLICIDAD.***Pág.466*

V.4.1.LA ILUSIÓN PUBLICITARIA.*Pág.466*

V.4.2.LA CREACIÓN DE NECESIDADES. *Pág.470*

V.4.3.LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS ESTÉTICOS .*Pág.475*

V.4.3.1 UN CASO.THE BODY SHOP. *Pág.478*

V.3.1.1.LAS IDEAS "THE BODY SHOP" .*Pág.480*

V.3.1.2.RUBY.*Pág.481*

V.4.4.LA MUJER PUBLICITARIA .*Pág.483*

V.4.5.EL ESTEREOTIPO. *Pág.486*

V.4.6.CUALIDADES PUBLICITARIAS DE LA MUJER. *Pág.490*

V.4.7.ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS MODELOS FEMENINOS DE LA PUBLICIDAD.  
*Pág.497*

V.4.8.JUGUETES PROADELGAZAMIENTO Y PUBLICIDAD.*Pág.499*

V.4.9.PUBLICIDAD.FACTORES SOCIALES y TCA.*Pág.503*

#### **V.5.LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.** *Pág. 507*

V.5.1.EL CONTROL DE LA PUBLICIDAD EN EUROPA.*Pág.508*

V.5.2.AUTOCONTROL DE LA PUBLICIDAD.*Pág.509*

V.5.3.LA REGULACIÓN Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR. *Pág.515*

V.5.3.1.LOS PRODUCTOS DIETÉTICOS. *Pág.515*

V.5.3.2 ALGUNOS DATOS EUROPEOS.Francia y Gran Bretaña. *Pág.519*



## INDICE

V.5.3.3 LA REGULACIÓN ESPAÑOLA. *Pág.522*

V.5.3.4 LA LEGISLACIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL. *Pág.528*

V.5.4.LA LEY GENERAL DE PUBLICIDAD.*Pág.531*

V.5.4.1 EL DELITO PUBLICITARIO.*Pág.534*

**V.6.EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.PANORAMA ACTUAL. *Pág.539***

V.6.1 OBSERVANDO LA PUBLICIDAD. *Pág.548*

V.6.1.1.LA "ESTÉTICA ANORÉXICA" EN PUBLICIDAD. *Pág.555*

V.6.1.2. ALGUNAS APORTACIONES SOBRE EL ANÁLISIS DE LOS ANUNCIOS. *Pág.580*

**V.7.BIBLIOGRAFÍA.CAPÍTULO V. *Pág.583***

## **CAPITULO VI: LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

**V.I DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO. *Pág.586***

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA *Pág.588***

**VI.3 EL CUESTIONARIO. *Pág.592***

**VI.4 LA MUESTRA. *Pág.598***

**VI.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN *Pág.603***

**VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DE TRABAJO. *Pág.604***

**VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA *Pág.606***

VI.7.1 ESTADÍSTICOS BÁSICOS. *Pág.607*

VI.7.2 TABULACIÓN SIMPLE. TABLAS DE FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES PARA LA MUESTRA DE ENFERMAS. *Pág.619*

VI.7.3 ANÁLISIS BIVARIABLE ENTRE LAS VARIABLES MÁS SIGNIFICATIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EN LA MUESTRA ENFERMA. *Pág.635*

VI.7.4 TABULACIÓN CRUZADA DE LAS VARIABLES ENTRE SANAS Y ENFERMAS Y TEST DE MEDIAS. *Pág.656*

**VI.8 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES. *Pág.708***

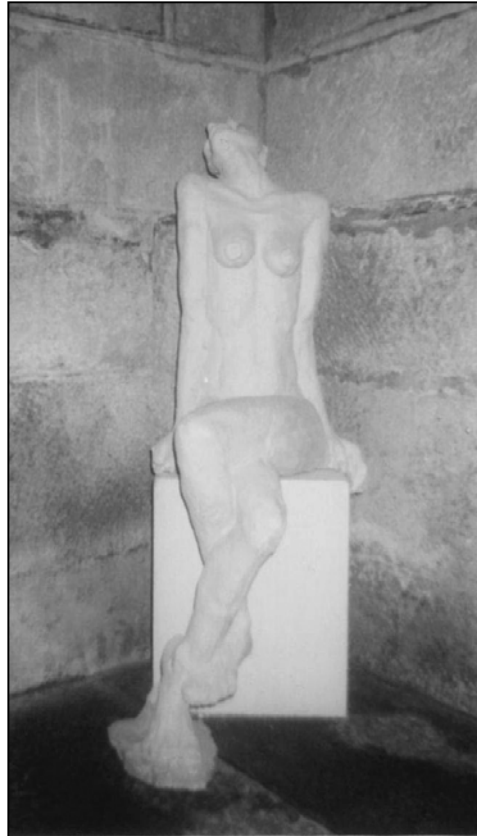
VI.1 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. *Pag. 708.*

VI.2 CONCLUSIONES FINALES. *Pag.730*

**BIBLIOGRAFÍA.CAPÍTULO VI. *Pág.745***

**BIBLIOGRAFÍA COMPLETA. *Pág.746***

**INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD ENTRE OTROS FACTORES  
SOCIALES, EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.**



"Sin título". Escuela de canteros de Poio. Pontevedra

**"Pretendí esculpir en mí un cuerpo bello y me  
quedé sin cuerpo.**

**Era mi alma la que estaba enferma".**

**Andrea. (ex-enferma)**

# INTRODUCCIÓN

En esta tesis vamos a relacionar dos áreas del conocimiento de difícil unión aparentemente, áreas que pertenecen a la medicina, la psicología y la comunicación, comunicar es una actividad que todos desarrollamos y para lo cual es necesario un emisor y un receptor que mantengan un feed-back activo, no sólo comunicamos a través del lenguaje, ya que la comunicación puede ser verbal y no verbal. La publicidad<sup>1</sup> es por tanto una forma de comunicación específica de las sociedades de consumo, una forma de comunicación elaborada y pagada, emitida por un anunciante, y dirigida hacia un emisor, público objetivo, estudiado y delimitado al efecto, cuyo fin es el de hacerles llegar información de todo tipo, facilitando la inextinguible labor del consumo, como bello escaparate al que todos nos asomamos. La publicidad al igual que otras manifestaciones comunicativas, así como todas las actividades que llevamos a cabo de manera cotidiana en nuestro contacto con los demás, implican una comunicación eficiente, y la psicología más que otras áreas del conocimiento deben ser comunicación eficiente por la importancia del objeto que manejan, la salud y por la naturaleza de las personas que intervienen, seres humanos.

Si hablamos de comunicación en general estaríamos abarcando un campo muy amplio e inabarcable en profundidad y si hablamos de psicología y/o medicina estamos en el mismo caso, esta tesis trata de relacionar dos áreas comprendidas en estos marcos de conocimiento que configuran nuestro macroentorno, pero que se relacionan desde un punto de vista social. Por una parte tenemos una variable que no deja de ser una manera de comunicación actual, la publicidad, que es una parte más dentro del contexto social, un contexto amplio y repleto de manifestaciones dentro de un mundo de imágenes, de modas, y en general de multitud de aspectos socioculturales donde existen muchas influencias entre sí, y por otra parte un conjunto de enfermedades mentales abarcables dentro de la psicología, psiquiatría, y muy relacionada con áreas como la endocrinología y la nutrición, estamos hablando de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)<sup>2</sup>, y particularmente de la anorexia y la bulimia nerviosas.

Antes de adentrarnos en el mundo de las causas de estas enfermedades es necesario profundizar en cual ha sido nuestro proceso de desarrollo cognitivo a lo largo

---

<sup>1</sup> La publicidad según la AMA (Asociación Americana de Marketing) se define como un proceso de comunicación masivo y pagado, a través del cual se pretende informar y persuadir al mercado sobre los productos y servicios de la empresa, con la finalidad de influir en el comportamiento y/o actitud de los consumidores potenciales. Sánchez Guzmán, J.R. *Marketing Financiero*. Civitas. Madrid. 1997.

de las páginas siguientes que nos han llevado a un despliegue teórico-experimental con cuerpo de tesis y vamos a explicar qué es lo que nos ha despertado la curiosidad por este tema de investigación, para justificar su contenido.

Como ya hemos intuido, nos movemos en dos áreas de actuación (publicidad y anorexia), que desde una perspectiva superficial y a juicio muchas veces de opiniones posiblemente infundadas, mantienen una aparente relación directa e incluso a veces casi de causa efecto; ya que en los medios de comunicación, prensa, TV y radio, llevados a veces por el morbo o por la ligereza y a consecuencia del escaso tratamiento científico que se merece el tema, se relaciona directamente a los Trastornos de la Conducta Alimentaria con la publicidad, como si el contexto sociocultural se viera reducido exclusivamente a ella, cogiendo en este caso el todo por la parte, se trata pues de observar sesgadamente la realidad como la punta del iceberg aunque en este caso, la punta de la montaña de hielo submarina, aparece compartiendo potro de tortura con la moda, como causantes de las citadas patologías, entre otros aspectos mucho menos explotados mediáticamente.

Por otra parte es importante caer en la cuenta de la dificultad que conlleva, sintetizar unas enfermedades tan complejas como estas en un espacio a veces minúsculo donde lo importante es la noticia y lo que menos interesa es el alcance y entendimiento de la información propiamente dicha, para lo cual se necesitaría mucho más tiempo; este hecho dificulta la comprensión y a veces aunque el tratamiento sea más profundo, los obstáculos que se presentan a la hora de explicar con pocas palabras temas tan delicados como éstos, hacen caer involuntariamente en la banalidad y mucho más cuando nos referimos a enfermedades que ya existían antes de ahora y que fuera de los círculos médicos y a veces incluso dentro de los ámbitos ocupados por los especialistas de la salud, han gozado de mala prensa como propios de niñas malcriadas a las que se las "mete en razón con un par de tortas"(Florez Tascón, 1962)<sup>3</sup>.

Es un debate abierto, el interés despertado en la actualidad por unas enfermedades como la anorexia y bulimia, todos los informativos han hablado varias veces de ellas, e incluso se han hecho programas exclusivos, las revistas y publicaciones de toda clase y nivel de seriedad, han dedicado monográficos, reflexiones e innumerables espacios a este tema y la opinión pública ha generado un debate abierto a propósito de los TCA, debido a la fuerte proliferación actual de estas enfermedades entre los adolescentes. A todo esto hay que unir el interés mayúsculo por culpar a la

---

<sup>2</sup> TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tengamos en cuenta que a partir de este momento llamaremos TCA, abreviadamente, a estos trastornos.

<sup>3</sup> Flórez Tascón, F.J. *Delgadez, adelgazamiento y caquexia*. Roche. Madrid. 1962. Más adelante profundizar en la opinión de este médico de los años sesenta.

publicidad de todos los males de la sociedad, entre otras razones por ser un escaparate a veces bello, otras veces no tanto y siempre efímero, al que se carga de un poder sobrenatural. Aunque teóricamente hemos superado modelos de comunicación tan antiguos y desvaídos como el AIDA (Atención, Interés, Deseo y Acción) y otros de origen conductista, realmente en la manera de actuar seguimos ofreciendo veracidad a los mismos, porque seguimos pensando en la publicidad en términos de causa-efecto, como si lo más importante fuera la relación estímulo-respuesta sin contar para nada con las variables intervinientes del sujeto consumidor. Para elegir, el sujeto debe seleccionar y una vez ante la oferta decide; (como decía un conocido clain publicitario “busque, compare y si encuentra algo mejor cómprelo”). Tenemos muchas páginas por delante para analizar las causas reales de estas enfermedades, pero no está de más especificar las áreas de influencia de este trabajo.

Hablar de anorexia y de bulimia supone hablar de psiquiatría y en general de medicina, por lo que es imprescindible una parte médica en la que se expliquen los fundamentos de las enfermedades que abarcamos, sus síntomas, sus manifestaciones físicas y psicológicas y como no podía ser menos **sus causas**. Esta será la parte en la que nos centraremos, y el objeto de este trabajo, averiguar cuales son las causas que pueden desarrollar un TCA y cual es el peso específico de cada uno de los elementos intervinientes en la evolución de los pacientes. Dentro del análisis de las causas que producen la enfermedad, podremos ver la influencia posible o imposible de la publicidad dentro de los factores socioculturales, con incidencia en una enfermedad llamada por algunos “enfermedad social”. Tenemos pues por una parte un desarrollo eminentemente médico relacionado con las enfermedades, que no nos desvía de nuestra tarea de investigar las causas sociales de los TCA a las que llegamos a través de un desarrollo que va desde lo general a lo particular.

Como hemos anunciado nuestro primer capítulo es descriptivo de la anorexia y bulimia por supuesto dentro del amplio contexto de los TCA, ya que tenemos que manejar con soltura elementos tan importantes como síntomas y manifestaciones físicas y psicológicas de las patologías, si queremos conocer en profundidad el fundamento de las causas que las producen, debido a la dificultad de especificar las mismas, ya que al no ser enfermedades orgánicas propiamente dichas, no son achacables a un elemento de tipo vírico o bacteriano tangible, sino a un origen desconocido multicausal con elementos orgánicos e incluso elementos de tipo genético aunque no muy explícitamente investigados y a pesar de los cuales no se han delimitado patrones de conducta generalizados para todos los enfermos, y cuyas manifestaciones físicas o psicológicas, gozan de la oscuridad e impenetrable mundo misterioso de las enfermedades mentales.

Para una primera aproximación definimos la anorexia generalmente y sin entrar en sus categorías como:

*"Un trastorno de la conducta alimentaria, producido por un conjunto de causas personales, sociales y familiares, que llevan a los enfermos generalmente adolescentes a tener una conducta irregular hacia la comida, presidida por un temor a engordar, una distorsión de la imagen corporal, localizada en ciertas partes del cuerpo y caracterizada por una pérdida de peso y un deterioro físico y mental significativo".*

Por otra parte,

*"La Bulimia es una enfermedad enmarcada en los trastornos de la conducta alimentaria, de tipo adictivo, producida por desórdenes emocionales, físicos, psicológicos, familiares y sociales, consistente en la ingesta desmesurada de grandes cantidades de comidas, descontroladamente y cuyo efecto en el organismo se palía con conductas de tipo purgativo como el vómito provocado, el ejercicio intenso, la toma de laxantes y diuréticos, que generan un deterioro físico y mental acusado."*<sup>4</sup>

Desde este contexto es justificable por supuesto de igual manera la presencia en nuestra investigación de la evolución de los TCA, entre la población joven para lo cual estamos a la espera de concienciar a la Administración en la elaboración de estudios prospectivos inexistentes hasta el momento y a nivel nacional sobre los casos producidos hasta el momento, ya que se estiman unas cifras rondantes al medio millón de personas enfermas en nuestro país según la Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia nerviosa y la Bulimia (ADANER).

Fruto de nuestro trabajo y de la profundización en estos temas a través del contacto con profesionales y enfermos así como de la incansable lectura de todo lo que nos ha llegado a las manos sobre TCA, en la tercera parte de nuestro trabajo hemos analizado las causas posibles realizando un modelo personal en el que como era de esperar se da mayor peso en cuanto a presencia, a los factores socioculturales posibles y en el que observamos como existen dos grandes áreas de elementos que influyen en mayor o menor medida en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, por una parte están los factores de macroentorno, como elementos precipitantes, donde destacan los socioculturales, que explicaremos más adelante y por otra parte los factores de

microentorno, cuyo bloque ocupa lo que hemos llamado factores predisponentes porque no causan directamente pero crean un campo de cultivo adecuado para la evolución de la enfermedad y se dividen en individuales físicos y psicológicos y factores familiares.

Por lo que a factores individuales y familiares se refiere, de importante peso en el desencadenamiento, aunque nunca absolutos, hemos de destacar elementos de origen personal, relacionados con la forma de ser, una forma de ser tendente a la preocupación por la imagen, con una sensibilidad extrema y una cierta orientación al perfeccionismo, otros aspectos de tipo individual son los genéticos y/o accidentales, propios de un cambio corporal íntimamente relacionado con el desarrollo y otras circunstancias anteriores a la anorexia o bulimia como pueden ser algunas enfermedades asociadas, o algún accidente sufrido con anterioridad. Estos elementos desencadenan una serie de complejos de todo tipo que hacen predisponente a la persona que los padece a un trastorno de la percepción y una pérdida de la autoestima, que si además aparecen tamizados por una preocupación intensa por el cuerpo y la estética pueden desencadenar la enfermedad y manifestarse a través del cambio del carácter que se vuelve arisco y destructivo, mienten, trampean, ocultan y sólo piensan en el adelgazamiento manifiesto que consume su cuerpo y su mente por la falta de nutrientes.

La familia como también tendremos ocasión de investigar más profundamente no causa el trastorno, pero sí puede generar un ambiente, protagonizado por unas costumbres y hábitos de todo tipo, muchas veces hábitos alimentarios incorrectos, una determinada educación y unas presiones de lo más variadas ejercientes a veces desde la mejor voluntad, que hacen en los hijos desencadenar una rebeldía manifestada a través de su propio cuerpo en forma de alteraciones de la conducta y el trato familiar, muchas veces protagonizado por las relaciones de la madre y la hija.

Es necesario en esta tesis justificar los factores socioculturales de macroentorno, ya que como hemos observado anteriormente, no sólo es necesario centrarse en el aspecto publicitario, ya que el contexto social general influye en el desenlace. El contexto social ocupa el bloque de factores de macroentorno caracterizados en su relación con la enfermedad como factores precipitantes, ya que aunque directamente no causan al igual que los factores de microentorno (individuales y familiares) si existen características predisponentes adecuadas que unido a una situación familiar determinada, genera el marco social adecuado donde esta representación tiene lugar para que las futuras enfermas/os desarrollen trastornos alimentarios.

---

4 Ambas definiciones son fruto de la reflexión a partir de distintas definiciones estudiadas.

En primer lugar llevados por el interés de practicar alguna dieta y después obligadas por el imperioso deseo de seguir perdiendo peso sin medida. En nuestro trabajo hemos sentido la necesidad de estudiar y profundizar en este contexto que nos envuelve y para ello hemos desarrollado el capítulo IV de esta tesis, en nuestro afán de ir desde lo más general a lo más particular.

Formando parte de esta extensa área de factores sociales están incluidos aspectos como la influencia de la información en general dirigida a jóvenes en la horquilla de edad de mayor virulencia, las relaciones con los amigos, el éxito con las personas del otro sexo, la influencia de la moda, las relaciones y exigencias laborales y profesionales, y la publicidad. Todas estas áreas se presentan entremezcladas a la hora de generar un TCA y según sea el enfermo así será el mayor o menor peso específico de estos factores en su caso. La información general por una parte proporciona a los adolescentes unos modelos de vida, comunica unos patrones de conducta entre los jóvenes, reproduce dietas y otras formas de mantenerse en forma como si eso fuera lo más importante para triunfar en la vida, íntimamente relacionado con esta área está el interés en la adolescencia de despertar los instintos sexuales hacia el otro sexo, de gustar y de empezar a practicar las artes de la coquetería y la relación con chicos y chicas, si a la vez existe una preocupación por el físico, los deseos y expectativas de éxito se tamizan a través de este filtro y se orientan hacia la máxima siguiente, “si no tengo un cuerpo diez no gustaré a los demás”. No sólo los deseos de compartir experiencias íntimas sino también el deseo de tener amigos y ser aceptado por ellos, forman parte de este contexto social que igualmente es influyente en las causas, el tener compañeros de juegos y de diversiones nos obligan a buscar su aceptación, en una época de la vida en la que fundamentalmente somos lo que los demás quieren hacer de nosotros, y por tanto nos obligan a ser vulnerables a los comentarios y juicios que hacen los demás.

Las exigencias aspiracionales hacia un trabajo o estudio, pueden ocasionar un dilema de personalidad porque son la respuesta a la superación individual y a la autorrealización, que si no se consiguen se convierten en fracaso vital para los jóvenes, esto unido a la inextinguible necesidad de tener buena presencia para triunfar, genera abiertamente un debate de conflictos interiores poco saludables para la sensibilidad de estas personas.

La moda a la que todos tachamos de ser dueña y señora de las culpas de la adoración a la delgadez por excelencia, origina una polémica a su alrededor que la acusa de ejercer una presión insalvable para chicas que no pueden someterse a la tiranía de la imitación de los maniqués y de los cuerpos ceñidos como tablas por delante



y por detrás, en general no es tan influyente en nuestro contexto la alta costura como la ropa de calle, las tiendas a las que todos accedemos, donde está la ropa que nos probamos y que llena nuestros armarios, es muy difícil delimitar tal alcance en los TCA ya que la culpa es de aquellos que generan las modas y que responden a esta demanda con prendas minúsculas que hay que vestir si quieres estar en la línea, como los elementos anteriores, la moda en sí no causa una anorexia o bulimia, los modelos tampoco tienen la culpa, los diseñadores se lanzan la pelota a los fabricantes de tallas pero la verdad es que ante la dificultad de dirimir conflictos, lo que está claro es que la necesidad urgente es la de modificar los valores sociales en general, influir en los creadores de opiniones más que echar la culpa a unos y a otros.

La publicidad es la protagonista de esta obra, es importante pues explicar sus elementos, sus imágenes, sus deseos de llegar a un público elegido, y su verdadero interés o no en generar “enfermedades sociales”. La publicidad es un escaparate abierto imitador de la realidad social y que actúa como la pescadilla que se muerde la cola, puesto que por una parte las imágenes publicitarias llegan a los sujetos que las observan a veces con más interés que otros, en ocasiones las admiran, y en otras las desechan de su interés y atención; por otra parte los publicitarios cogen los modelos sociales aceptados y estereotipados por la sociedad para representar sus anuncios.

La otra área publicitaria de interés necesaria para explicar convenientemente este contexto es la de la presentación de productos adelgazantes que fomentan la cultura o incultura de lo “diet” o “light”.

La pregunta es si realmente las imágenes publicitarias por una parte en su contexto de espacios televisivos de veinte segundos o de páginas cuidadas pasadas con desgano en las revistas, son artífices de tan grandes destrozos en las mentes juveniles abarrotadas de información inmadura y de atolondramiento tendente a prestar atención a lo último que forma parte de sus procesos cognitivos. Para ello hemos desarrollado esta tarea de investigación, para “pesar” a la publicidad en medio de otros factores explicados que igualmente ejercen su acción en un contexto múltiple.

Toda esta labor está abordada teóricamente bajo un epígrafe mucho más amplio desarrollado en el capítulo V, en el que tocamos todo lo que envuelve al marketing adelgazante, y donde abordaremos algunos aspectos de las herramientas del

márketing mix a propósito de la "industria de la delgadez". De todos es conocido que una de estas herramientas empleadas en la actividad comercial es la publicidad, dentro de un área mucho más amplia que es la comunicación, la publicidad como hemos dicho más arriba llega a los consumidores bajo representaciones variadas entre las que se encuentran las imágenes de modelos y la comunicación de los productos "light", es este punto de reflexión al que hemos querido llegar para justificar el pequeño estudio que hemos realizado a propósito de las imágenes publicitarias que aparecen en la televisión y en la prensa principalmente, y determinar en esta publicidad cual es la presencia de modelos que pertenecieran a lo que hemos llamado la "estética anoréxica" dentro de un contexto general de anuncios que se catalogarán como productos cosméticos de todo tipo, adelgazantes o de belleza, productos "light", y otras categorías en las que la presencia de modelos con estas características pudiera ser efectiva.

La aportación personal a nuestro trabajo, es la realización de una investigación de campo llevada a cabo entre enfermas de anorexia y bulimia tratadas en la unidad especializada de psiquiatría infanto-juvenil del hospital Niño Jesús de Madrid bajo la supervisión del doctor D. Gonzalo Morandé, jefe de la unidad.

Con este trabajo se pretenden relacionar todas las variables del modelo que ya hemos descrito con el propósito de intuir dentro de todos los factores intervinientes en que capacidad las enfermas analizadas elijan a la publicidad directamente como causante de su enfermedad. Debido a la complejidad causal del modelo que predeterminamos, observamos que no se podía hacer un cuestionario en el que sólo se preguntara por la influencia de la publicidad puesto que es casi seguro que saldría sesgado, debido a que las enfermas contestarían solamente a las preguntas expuestas todas ellas sobre publicidad y no sería comparativo con la incidencia de otras causas reales de las patologías detalladas, por este motivo el cuestionario abarca todas las áreas de nuestro modelo y ha sido pasado además de a las enfermas a un grupo de chicas sanas de edades comprendidas entre doce y veintiún años, en una muestra equivalente a la de las enfermas, para ver las diferencias originadas entre ambos grupos.

En definitiva nuestro propósito es el de esclarecer el panorama actual en torno a los TCA, desde el punto de vista de sus raíces que no son más que las causas del problema. Interpretarlas y explicar la incidencia de la publicidad con el objeto de su absolución o control si así procede. Por este motivo tenemos dos esperanzas puestas en este trabajo, por una parte aportar al colectivo de médicos y afectados algunos elementos más de juicio, para ubicar socialmente enfermedades autodestructivas y graves como los TCA. Por otra parte y principalmente queremos contribuir al cuidado y control de la ética publicitaria si así procediera, ya que la publicidad no es más que una

pequeña muestra de las múltiples interacciones sociales que se dan entre los seres humanos, teniendo claro que:

**"El milagro antigrasa"** no existe, que la **"chispa de la vida"** no es tener un **"cuerpo Danone"**, sino apreciar que **"ya es primavera"** dentro y fuera del Corte Inglés, que uno **"come bien para vivir mejor"** y que... **"¡quiero una sopa!", "porque yo lo valgo"**.

## EL TEMA A TRATAR

Vamos a aproximarnos a la esencia de los elementos que vamos a tratar en este trabajo y para ello es necesario eliminar algunos errores de partida, en primer lugar, a propósito de los trastornos de la conducta alimentaria y en segundo lugar, a propósito de su relación con los factores socioculturales, entre ellos la publicidad.

Aunque luego serán definidos convenientemente, los trastornos de la conducta alimentaria no son una manía siempre solucionable con un bofetón, si los niños no quieren comer en un principio o porque son demasiado glotones, más profundamente, estas enfermedades no son más que una resistencia a asimilarse al mundo adulto y ser utilizado como bien de consumo, los enfermos se sienten desamparados, con poca preparación ante una sociedad que no entiende sus motivos porque como dice G. Morandé (1990).

“La anorexia es una ideología de autocontrol llevado a extremos, negándose sus propias necesidades más elementales, jugando con la muerte sin jamás verla”.

El juego de los enfermos de TCA, anoréxicos y bulímicos, se sume en una sensación de pérdida de identidad, no tanto está centrado en la negación del alimento como en la negación de la afectividad porque la anorexia y la bulimia no son más que un estado de desamparo y falta de amor.

¿De qué depende que se tenga una historia personal? La realidad y lo imaginario inscriben marcas que llamamos recuerdos, que para estos enfermos no existen. No tienen recuerdos porque son jóvenes y no han enfrentado su vida ante la sociedad, no han recibido de ésta los elementos de socialización necesarios para adaptarse. Esta angustia de no tener pasado, de no estar integrados dentro de un tiempo social, actual, vivido, que además es sostén del tiempo presente, hace que tampoco existan pautas de un futuro próximo. El tiempo para estos enfermos está suspendido, relegado al hábito alimenticio del que todo depende y alrededor del cual todo gira. Esta sensación de ahistoricidad donde el a posteriori no tiene lugar, se encarna en ese cuerpo que parece flotar, con la única marca de la posibilidad de la muerte, que niegan fieramente.

Para ellos no hay hambre, aunque sientan su estómago vacío, no hay vida propia (o si la hay ésta es vivida como actos automáticos). No se perciben delgadas, aunque en el fondo saben que lo están y se empeñan en asegurar que alguien no ha querido o no quiere su existencia. El cuerpo en su realidad, bajo el deseo de delgadez, se convierte en símbolo de inexistencia. Por otra parte, el cuerpo resulta indisociable del espacio y del tiempo. El cuerpo está desamparado, en el momento de las marcas sexuales de la pubertad, tiempo de la adultez y/o casi de la vejez prematura. La corporalidad es nuestra única marca ante los otros y denuncia una situación insostenible a través de unas características acompañadas inexorablemente de inscripciones psíquicas y producto de ellas. Ellos/as se vuelven narcisistas, se odian, se sienten desamparados en un conflicto de gordura que solo está en su mente. No reconocen su cuerpo y el asombro ante él, hará abrir grandes sus ojos al descubrir que "no se ven", que no se perciben. El/la paciente mantiene confundido su objeto de deseo de un cuerpo diferente y la necesidad que le obliga a aguantarse con el que tiene, intenta eliminar este y el poder que sobre ellas/os puede ejercer y se defienden muriendo, literalmente, de hambre, o de atracones seguidos de vómitos. La defensa se traduce en enfermedad y a veces incluso en muerte. No perciben esta muerte porque el único sentimiento de poder y de vida que creen tener, es el de dominar el deseo primordial de alimentarse. Por esto ven en el médico la persona que va a invadir, manipular su cuerpo, como sus madres; no quieren claudicar a su deseo, ni someterse al del médico, pero creemos que tampoco quieren morir.

Lo subjetivo en estos pacientes ha pasado a ser lo objetivo, su deseo de delgadez subjetivo, se ha manifestado claramente en un cuerpo tipo tubo, cilíndrico, boca y ano, llenado y vaciado. Las/os pacientes llegan a ser símbolo de otra cosa, que ellas/os ignoran, y que hay que tratar de empezar a descifrar. Para ellos/as el hecho de alimentarlos/as es sinónimo de engordar (cebarlas/os), hacerlas menstruar es sinónimo de desangrarlas, estas fantasías lejos de la realidad están sostenidas por el pánico.

En los trastornos de la conducta alimentaria se despliega una sintomatología que escapa a la posibilidad de crear espacios separados entre lo psíquico y lo somático. Sin recuerdos, sin sueños, sin fantasías, los enfermos se desenvuelven en un halo casi místico pero real, que choca con la vida y la sociedad actual. Llegar a la adolescencia y hacerse adulto como enfermos de un trastorno alimentario, tiene sus dificultades y sus riesgos. El más importante, desfallecer en el intento, hecho ideológico de poco interés para los sujetos afectados. El segundo, quedarse sin hacerse adultos, o directamente post-menopáusicos, deseo consciente de muchos enfermos, que en términos médicos prefieren la cronicidad de su enfermedad que por supuesto conlleva un singular camino de soledad. Sólo pensando que defienden su vida psíquica, podemos entender la

tenacidad con que enfrentan toda posibilidad de dominio sobre sus cuerpos. Es así que, a través de la anulación de todo deseo, se sienten protegidos con el autocontrol o descontrol, sobre una situación que les da cierta seguridad, su alimentación.

Las/os enfermos de trastorno alimentario, anoréxicos, bulímicos, se aíslan de su grupo de amigos de sus padres, de su madre con la que entablan una lucha de poder como dice el profesor R. Yunes, en la mesa redonda de ALCMEON 16 (1998), a veces la madre engorda y la niña va adelgazando incluso a veces el terapeuta engorda igualmente con la madre, y la enferma piensa que está venciendo en su lucha y diciendo “¡pobres infelices humanos que no saben verdaderamente como hacer para acercarse a mí, yo llevo omnipotentemente el poder en mis manos y soy quién controla el mundo a través de mi omnipotencia!”

La/el enferma/o se debate entre el deseo de crecer y el miedo a crecer lo que les lleva a paralizarse y quedarse encerrados en el vínculo familiar como unos niños pequeños a los que los padres tienen que cuidar. Los anoréxicos/as o bulímicos/as, no se preocupan de la destrucción de su propio cuerpo, como si pudieran vivir lo que ellas/os quieran. La realidad es que terminan dependiendo de su propio cuerpo, porque el YO no deja de depender del hambre. Las/los enfermos temen la realidad y la fuerza que les impulsa a comer y parecen tener más miedo a comer que a morir de hambre.

El desarrollo sexual altera las formas haciendo que exista disconcordancia entre el yo ideal y el real, el ideal se asemeja al esquema corporal masculino, ser pura asexual y anoréxica van unidos. Los trastornos de la conducta alimentaria son un autocastigo y el deseo de ser como no se es, atrae la culpabilidad cuya reacción más inmediata es la hiperactividad, la ocupación de la mente para evitar comer y sentir hambre porque sólo así se sienten poderosas y vencedoras, ocupadas en una propia relación intrapersonal y aisladas de todo grupo de amigos y personas externas, para acabar en muchos casos hinchadas ante una tonelada de paquetes de galletas recién devorados y vomitados. Algunos autores, G. Morandé (1990), también J.Toro (1996), aportan que la anoréxica no niega su cuerpo sino que trata de domeñarlo, para valorarse a sí misma/o porque todos los sujetos con trastornos de alimentación tienen una baja autoestima. Apoyan este carácter de falta de autoestima como desencadenante de la enfermedad y de la negación de la vida buscando la lenta muerte.

Los enfermos en general sienten una insatisfacción plena respecto de sus vidas, todo lo negativizan y creen no poder superar la adaptación a la jungla social donde todos estamos inmersos. Bajo la apariencia de personas seguras y afirmadas en la vida se esconden personalidades inseguras y autodestructivas cuya manera de gritar en

silencio es negarse a comer o comer desaforadamente para vomitar después, empujando la comida hacia el estómago sin masticar, para luego hacer circular en el antinatural sentido inverso de la vomitona, y así encontrar a través de su nuevo cuerpo asexual y longilíneo el lugar que no ocupan hasta el momento.

En realidad nadie puede conocer realmente el sufrimiento extremo de estos jóvenes, que deciden hacer algo para ser mejores y que se equivocan de camino, porque se siente fundamentalmente descontextualizados en un mundo al que no saben enfrentarse y en el que no encuentran amor. El sufrimiento es el mayor de los síntomas que padecen, un sufrimiento silencioso que no gritan porque ni ellos mismos saben que les está sucediendo ni por qué.

¿Quién es el culpable de una enfermedad como ésta, llamada por algunos enfermedad social? Quizá resulte desacertado echar la culpa a la sociedad y todas sus manifestaciones, de la existencia de una enfermedad cuyo sustrato está en uno mismo y cuya manifestación viene tamizada por elementos de origen familiar, personal y social entre otros; donde los medios y la publicidad junto a la moda y otras manifestaciones, juegan un importante papel, cuyo alcance dentro del marco de estas enfermedades está aún por determinar exactamente.

Desde este momento nos proponemos esta tarea y página tras página intentaremos descubrir lo que por defecto casi la totalidad de la opinión pública admite, "la culpa de la enfermedad la tiene la moda y la publicidad". ¿Mentira o verdad?.

## I.1 INTRODUCCIÓN

I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES  
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.  
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

# **CAPITULO I**

## **LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

### **ALIMENTARIA.**

#### **I.1. INTRODUCCIÓN AL CAPITULO**

***"Quiero trabajar seriamente, ser digna y preocuparme de otros más que de mí misma"***, esta frase posiblemente se leería en el diario de vida de una adolescente de finales del siglo XIX.

Más de un siglo después, una joven de la misma edad posiblemente recurriría también a las páginas de su diario para establecer sus metas de superación personal en los siguientes términos: ***"Voy a bajar de peso, usar buen maquillaje, lentes de colores y a comprar ropa nueva"***<sup>5</sup>.

La diferencia entre unas y otras aspiraciones es mucha, los marcos temporales y sociales han cambiado y el contexto nos exige ir a otro ritmo diferente del que existía en épocas pasadas, lo corporal es más importante que lo espiritual y la imagen es la reina de la vida. El esquema corporal que tenemos de nuestro propio cuerpo se genera por multitud de factores entre ellos la observación visual de nosotros mismos, como dice C. Bañuelos (1994), tanto la información que recibimos directamente del espejo, como la que viene de nuestro sistema nervioso; igualmente los sentimientos y el estado de ánimo determinan la capacidad de percibirnos bien, si estamos desanimados nos vemos peor que si estamos animados y felices. Los factores

---

<sup>5</sup> Ambas citas son ficticias.



## I.1 INTRODUCCIÓN

I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES  
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.  
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

socioculturales por otro lado determinan la imagen personal desde el momento en que nos proponemos parecernos al cliché social de nuestra mente. Todo es relativo porque en un marco donde lo delgado se lleva, podemos pensar que estamos gordos y sin embargo si lo que se lleva es lo gordo podemos pensar que estamos delgados. El desacuerdo con el entorno puede originarnos complejos físicos y personales. Hoy en día sufrimos un continuo cambio sociocultural en relación a las culturas anteriores, en el que la mujer pasó de ser el símbolo de la femineidad a ser el símbolo de la longitudinalidad, desde las antiguas representaciones de las Venus prehistóricas realmente obesas y con grandes mamas y capas de grasa que rodeaban su cuerpo, por ello eran alabadas y veneradas como el culmen de la procreación y la supervivencia de la especie. "La fertilidad de la mujer ha sido vinculada a la fertilidad de la tierra" (E. De Llanos, 1992), hasta las sílfides actuales, símbolo de la delgadez y de la negación de las formas femeninas, y de la la fecundidad.

El cuerpo ha pasado en el zigzagueante vaivén de la historia de ser como hemos dicho venerado por su opulencia a ser desprestigiado en la Edad Media<sup>6</sup> como refugio de las pasiones y los placeres en beneficio de la exaltación del alma para volver a ser venerado en la época actual, a través del metro de la cultura del culto al cuerpo y a la delgadez; eran propensos a ver en los pecados de las mujeres una naturaleza corporal o sexual, considerándolos como si provinieran del interior de su cuerpo, mientras que se representaba a los hombres pecadores como seducidos desde fuera, frecuentemente tentados de hecho por la corporeidad que la mujer les ofrecía.(G. Villota, 1992)

En realidad se pretende demostrar cómo el afán por preocuparse de la imagen externa y de la silueta perfecta marca la tónica de este siglo. Una tendencia que, sin embargo, también coloca en riesgo a la salud, ya que durante los últimos años se

---

<sup>6</sup> No cabe la menor duda, que la tradición teológica, científica y popular asociaba a las mujeres con el cuerpo, la lujuria, la flaqueza y la irracionalidad, mientras que identificaba a los hombres con el espíritu, la razón o la fuerza.

**I.1 INTRODUCCIÓN**

I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES  
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.  
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

disparó el número de casos de trastornos de la alimentación, especialmente de anoréxicos/as y bulímicos/as.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Hasta el momento hemos intentado utilizar el masculino y femenino simultáneamente para dirigirnos a los enfermos de TCA. A lo largo de nuestro trabajo usaremos el masculino como genérico, aunque como estas patologías son principalmente femeninas, en ocasiones elegiremos el femenino para delimitar algún aspecto de la enfermedad directamente relacionado con la mujer.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## I.2 DESCRIPCIÓN

A lo largo de este trabajo, vamos a hablar de "**Trastornos de la conducta alimentaria**", la palabra "trastorno", es un término más amplio que el de enfermedad y que es usado con frecuencia en psiquiatría con objeto de poner énfasis en los aspectos ambientales que rodean al hecho de enfermar. El concepto médico de enfermar supone una alteración generalmente referida a un hecho biológico y cuantificable que se relaciona frecuentemente como factor causal, desencadenante de síntomas y relacionado con un pronóstico y pauta terapéutica. Este modo de explicar la enfermedad no es tan claro en muchos de los cuadros psiquiátricos en los que muchas veces no podría justificarse tanto la causa física como su desarrollo o su sintomatología.

El término de "trastorno" engloba al de síndrome y al de enfermedad y quiere poner énfasis en las variables que rodean al sujeto tanto las referidas a su personalidad (entendida esta como un patrón de respuesta estable al entorno) como a su situación familiar, profesional, social, su bagaje cultural, y sus experiencias vitales previas. En el trastorno la participación de cada factor está más diluida exige una comprensión tanto del sujeto como de su entorno y cualquier abordaje derivado, debe considerar todas estas variables ya que limitarnos solo a alguno de estos aspectos con frecuencia suele ser insuficiente.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son un capricho, ni solo un problema que se pueda resolver con un consejo más o menos acertado o una acción 'a tiempo' sino que son un grave trastorno psiquiátrico que actualmente presenta peor pronóstico que ningún otro trastorno mental y que exige la intervención de un equipo multidisciplinar y capacitado para tratar a estos pacientes. Hemos analizado la configuración de las enfermedades que vamos a tratar como "trastornos", pero es necesario igualmente describir la segunda parte del nombre que se le ha dado a los mismos, "de la conducta alimentaria".

Fundamentalmente debemos descubrir como al ser enfermedades de alteración de la conducta, están directamente relacionadas con el comportamiento de los pacientes y sus manifestaciones conductuales. Las alteraciones hacia la conducta se

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

manifestarán en todos los aspectos de la vida, social, sexual, personal, laboral si cabe, y teniendo en cuenta la escasa edad de los enfermos en la mayoría de los casos, aunque últimamente aumentan los casos de adultos<sup>8</sup>.

Como sucede en otras alteraciones de la conducta, los trastornos de la alimentación, manifiestan su alteración hacia un elemento de la vida normal, que es la alimentación, por tanto los síntomas de inanición y descontrol alimentario, sólo son eso mismo, unos síntomas que nacen de una profunda insatisfacción interior y exterior que les lleva irremediablemente a buscar una salida ante su incapacidad de hacerse con las riendas de su vida, por un intenso miedo a jugar su papel en la sociedad. Las exigencias socioculturales entre las que nos vemos inmersos, así como sus manifestaciones, la cultura, los cánones estéticos, la moda, los medios de comunicación, la publicidad... posiblemente funcionen no tanto como elementos causales sino mantenedores de estos trastornos, podemos argumentar que estos jóvenes han enfermado de un trastorno de la conducta alimentaria influidos por el macrocontexto en el que se ven sumergidos en la sociedad actual; pero si las exigencias fueran de otro tipo hubieran enfermado de otra cosa, pero hubieran enfermado igualmente porque las causas verdaderas de su disconformidad seguían estando presentes en su interior, en el microcontexto personal. Los enfermos reaccionan ante este microcontexto y macrocontexto, desviando la patología hacia la alimentación, al igual que otros jóvenes se orientan hacia la drogadicción o el alcoholismo... Estos pacientes han desviado su problemática hacia la alimentación porque las exigencias sociales prescriben la adaptación a una estética de la delgadez y porque al no poder controlar su entorno, ni sus desórdenes afectivos, pretenden controlar su cuerpo, si la sociedad actual exigiera medir a todos ciento ochenta centímetros, los jóvenes estarían constantemente obsesionados con estirar sus cuellos, e incluso se someterían a potros de tortura para conseguirlo y también estarían enfermos y se verían igualmente bajitos si midieran ciento setenta centímetros.

Podemos resumir diciendo que los trastornos de comportamiento alimentario, son enfermedades conductuales, devastadoras, producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir

<sup>8</sup> Para ilustrar este aspecto en la Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia y Bulimia (ADANER) de las 586 llamadas recibidas de enero a abril, 1998, de enfermos que piden ayuda, el mayor porcentaje pertenece a mujeres de 18 a 25 años con un 40% de llamadas, y un 27,3% de mujeres entre 26 a 35 años.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. Los trastornos del comportamiento alimentario, son cada vez más frecuentes aunque éstos no son trastornos nuevos. Las descripciones de autoinanición se han encontrado en redacciones medievales y anorexia nerviosa fue definida por primera vez como un problema médico en 1873 por Morton.<sup>9</sup>

Un análisis superficial de los trastornos de la conducta alimentaria enseguida nos haría distinguir dos formas diferentes de una misma enfermedad la '**Anorexia nerviosa**' y la '**Bulimia**'.

En ambas hay elementos comunes (preocupación por la comida, sobrevaloración de la figura corporal, las maniobras exageradas o desproporcionadas para evitar la ganancia de peso en relación a esta sobrevaloración) y otros elementos diferenciadores (peso corporal, alteraciones en funciones fisiológicas, capacidad de autoexigencia y de control, formas de relación interpersonal).

Por otra parte existen patologías intermedias que por su difícil explicación y delimitación no se van a tratar aquí, aunque se tocarán subsidiariamente.

---

<sup>9</sup> Ver Historia de los TCA.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
<b>I.3 DEFINICIONES</b>
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## I.3 DEFINICIONES

### I.3.1 ANOREXIA NERVIOSA

La palabra, anorexia, viene del Griego “**orexia**” “falta de apetito” y del latín “**nervus**”, “nervioso”, por tanto según su definición se trata de un trastorno de inapetencia de origen nervioso, lo cual no es exacto puesto que el enfermo de anorexia, sí tiene hambre, lo que le ocurre es que su percepción desfigurada, y su pánico por la comida le hace no alimentarse.

La anorexia nerviosa es un trastorno, en el cual hay una incapacidad voluntaria severa y prolongada para comer, con una pérdida de peso marcada y un cuadro de síntomas asociados muy particular.

#### I.3.1.1 DEFINIDA POR ALGUNOS AUTORES

*"Más vale recibir la anorexia mental como una suerte de nacimiento prematuro de la adolescencia (segundo proceso de separación-individuación) que como una perversión mortífera... obra de la pulsión de muerte en el seno del masoquismo primario; el saco de huesos como un pájaro caído del nido más que como un esqueleto anticipado". B. Brusset.*  
(citado en C. Martínez de Bagattini, 1996)

Acabamos de citar una definición de anorexia nerviosa que como hemos percibido es difícil y poco clara de entender, en la que se mezclan elementos de tipo psicoanalítico, se habla de pulsiones, separaciones del objeto etc... en general se intenta concebir a la anorexia como una deformación de la adolescencia sin muchos elementos descriptivos de la enfermedad, aunque eso sí, da una visión original y psicológica del trastorno.

Para **S. Abraham y D. Llewellyn-Jones**, (1987).

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*"La anorexia y bulimia no son enfermedades en sí hasta que no interfieren en el bienestar físico o mental de la persona."*

Como vemos, más que una definición esto supone una aportación a las definiciones de anorexia, para destacar uno de los aspectos de la enfermedad, podemos decir que realmente la anorexia supone un trastorno que interfiere la vida normal, pero que existe antes de que se manifieste el adelgazamiento. El estado previo de insatisfacción consigo mismo origina la enfermedad, acentuándose después el malestar en la evolución, cuando los síntomas se agravan.

**N. Tannenhaus**, (1995) define la anorexia desde su etimología,

"Anorexia: palabra griega para pérdida del apetito, forma abreviada para la anorexia nerviosa".

Anorexia nerviosa:

*"Trastorno de la ingesta de comida caracterizada por un temor extremo a engordar, autoinanición en un esfuerzo para evitar engordar y amenorrea".*

En el mismo manual la misma autora hace referencia a las características peculiares de estos enfermos en cuanto a su personalidad.

*"Puede que la gente encuentre difícil creer o comprender por qué una persona, supuestamente inteligente, bastante atractiva y con una buena educación familiar, echaría todo a perder por una necesidad-¡no deseo! Obsesivo de ser delgada y ser alabada por su fuerza de voluntad para seguir un régimen con tanto esmero y facilidad"*

Destaca aquí la parte de características personales de la mayoría de enfermos, su inteligencia, su contexto familiar y personal, y por otro lado la parte psicológica obsesiva de querer responder a una imagen delgada pese a lo que pese. En general esta definición es muy correcta pero poco innovadora, destacando los aspectos personales y físicos que más sobresalen en este tipo de enfermos.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la revista **OCU- Compra Maestra** nº 169. La anorexia es definida desde el punto de vista de, además de la distorsión de la imagen, del aspecto de triunfo que la/el anoréxica/o experimenta a medida que es capaz de mantener su peso bajo, triunfo tanto personal como ante los médicos y la familia.

*“La anorexia se caracteriza por un temor exagerado a engordar, aunque se está muy por debajo del peso normal, ya que las anoréxicas tienen una imagen distorsionada de su propio cuerpo; éste temor les lleva a rechazar sistemáticamente los alimentos y a intentar incansablemente la pérdida de peso, hasta el punto de vivirlo como un triunfo personal”*

Por lo demás esta definición es clara y sencilla, haciendo hincapié en elementos como, la distorsión del cuerpo y el miedo a la imagen<sup>10</sup> y a engordar.

En 1992, la décima revisión de la **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, 1992)**, en el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, establece las siguientes definiciones aumentando la misma, con la presentación de la enfermedad desde el punto de vista de la diversidad del trastorno.

Anorexia Nerviosa: *“La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una deliberada pérdida de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”*

Anorexia nerviosa atípica.

*“Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa(F50.0) (se refiere a la definición anterior), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria.”*

<sup>10</sup> Según el Dr. Faraco Favieres (psiquiatra), en entrevista personal, explica que la distorsión de la imagen es un factor que desaparece con la mejoría general. Otros autores creen que la distorsión de la imagen no es general sino localizada en unas



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En general la definición hace hincapié en la pérdida del peso, y en el deseo voluntario del enfermo de mantenerse en su inanición, negándose a comer. Es importante destacar como falta la presencia del componente psicológico propio del trastorno, quedándose en un estudio superficial de las enfermedades sin profundizar en las causas.

Entre algunos de los autores españoles que actualmente están trabajando en estos temas contaremos con la definición de **J. Toro** (1996).

*"La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc..."*

En general esta definición recoge los criterios de CIE 10 y del DSM IV (*Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*) principalmente, y hace hincapié en la pérdida de peso, en el carácter voluntario del adelgazamiento y en el deseo y el miedo de no poder permanecer delgados.

En este momento procederemos a definir la anorexia desde nuestro punto de vista.

*"Generalmente y sin entrar en sus categorías podemos decir que la anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria, producido por un conjunto de causas personales, sociales y familiares, que llevan a los enfermos generalmente adolescentes a tener una conducta irregular hacia la comida, presidida por un temor a engordar, una distorsión de la imagen corporal, localizada en ciertas partes del cuerpo y caracterizada por una pérdida de peso significativa, y una profunda insatisfacción y tristeza interior ante la vida".*

---

partes del cuerpo, con las que se obsesionan y que nunca llegan a ver lo suficientemente delgadas porque el adelgazamiento se produce por todas las partes del cuerpo.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como vemos, hemos recogido en esta definición aquellos aspectos más claros de la parte física y de la parte psicológica del trastorno, sin olvidar que la verdadera causa está en el desarrollo, personal, social y familiar del adolescente, y que por tanto una parte de la influencia ejercida en estos trastornos, está en los elementos socioculturales de nuestro mundo y en las manifestaciones de estos aspectos en la vida diaria de estos adolescentes, más como mantenedores que como causantes,

### I.3.2 BULIMIA NERVIOSA

La bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria en el cual una persona reiteradamente se da atracones al comer, luego puede o no autoinducirse vómitos, usar diuréticos, laxantes, o hacer ejercicio excesivamente para prevenir el aumento de peso. Psicológicamente se acompaña de irritabilidad e intolerancia a cualquier norma incapaz de cumplir que desencadena una profunda frustración y un estado anímico depresivo.

Etimológicamente bulimia viene del latín **Bulimus**, o hambre de buey, lo que hace referencia solamente, a la capacidad de ingesta desmesurada de alimentos sin connotaciones relativas a las conductas purgativas.

Según autores como **B. Brusset**. (citado en C.Martínez Bagattini, 1996)

*"Más vale percibir la bulimia como la búsqueda del objeto primario cuyo duelo ha sido imposible, que como una perversión del instinto de nutrición. El centramiento de la teoría se relaciona inevitablemente con una posición contratransferencial de base que posibilita o no la construcción del espacio analítico"*

Referimos esta definición por su difícil comprensión, y su corte psicoanalítico, que manifiesta, como algunos autores describen esta enfermedad como una conducta instintiva, nacida de la insatisfacción provocada por un objeto inalcanzado.

La bulimia, está íntimamente relacionada con la anorexia, por lo que no sería correcto decir como se explica en el DSM III-R (1987) (*Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III. Revised.*) que presenta un cuadro diferente no relacionado

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

con la anorexia, decir que es diferente es acertado pero decir que no está relacionado es una

equivocación cuando por ejemplo se presenta un cuadro mixto. En un intento de especificar claramente ambas enfermedades como entidades independientes, se intentó clasificar los tipos de anorexia y bulimia como ya aparece en el DSM IV (1994), (*Diagnostic and statistical Manual of mental disorders IV*), aunque muchos autores no consideran separadamente ambas enfermedades, ya que las entienden dentro del cuadro de los TCA en conjunto. Si el diagnóstico es de Bulimia nerviosa, pero aparecen también síntomas de anorexia según el DSMIII-R se deben dar los dos diagnósticos.

La consideración de la bulimia como una entidad clínica separada de la anorexia nerviosa y de otras enfermedades psiquiátricas, es realizada en el DSM-III de 1980, mientras que el nombre definitivo - bulimia nerviosa- aparece por vez primera en el DSM-III-R de 1987.

Aportes provenientes de distintos y prestigiosos investigadores, produjeron modificaciones en los criterios diagnósticos, tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Por ejemplo, en el DSM-IV 1994, se incluye en una categoría aparte el BED (Binge Eating Disorders) y agrupa como trastornos alimentarios no especificados, un conjunto de alteraciones que no cumplen acabadamente con los criterios correspondientes a las alteraciones ya firmemente establecidas.

Según la **Clasificación Internacional de las Enfermedades** en su décima versión (**CIE 10**), la bulimia se diferencia, según la siguiente clasificación, en bulimia:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o pastillas en exceso.

Desde otro punto de vista para Schütze (1983) la bulimia es un trastorno en el cual los enfermos ingieren grandes cantidades de comida que vomitan después. En cuanto a sus variantes; para el autor existe la bulimia como parte de la anorexia,

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIENES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

describiéndola como episodios de vómito sin atracón previo<sup>11</sup>. Algunos autores especifican que una complicación de la anorexia es degenerar en formas bulímicas<sup>12</sup>.

En este concepto no aparece la posibilidad de desarrollar conductas purgativas que no sea el vómito, ni define el atracón sin vómito, lo que otros denominan el síndrome de los "comedores compulsivos" que formarían parte de los trastornos de la alimentación no especificados y que no presenta la condición del miedo a engordar.

Al igual que en el caso de la anorexia, para nosotros,

*"La Bulimia es una enfermedad enmarcada en los trastornos de la conducta alimentaria, de tipo adictivo, producida por desórdenes emocionales, físicos, psicológicos, familiares y sociales, consistente en la ingesta desmesurada de grandes cantidades de comidas, descontroladamente y cuyo efecto en el organismo por el miedo a engordar, se palía con conductas de tipo purgativo como el vómito provocado, el ejercicio intenso, la toma de laxantes y diuréticos."*

Es imposible describir las formas de bulimia, según los autores varían los criterios. Podemos decir que la bulimia se diferenciaría claramente de las ingestas compulsivas de comida sin purgación y no tanto de la anorexia, ya que en esta pueden alternarse periodos de alimentación restrictiva y de bulimia. Debido a la variedad de trastornos y a su dificultad de clasificación, por ahora, enmarcamos a todos los trastornos bajo el término de **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**. Como

<sup>11</sup> Otros autores no creen necesario especificar si el vómito en un cuadro anoréxico, ha sido o no precedido por un atracón.

<sup>12</sup> Muchos especialistas y pacientes coinciden en que casi es necesario llegar a degenerar en conductas bulímicas, con el fin de aceptar el problema y decidir voluntariamente curarse, ya que el ciclo dieta, atracón, purga, hace que la enferma se sienta fuera de control, aunque en la medida de lo posible es fundamental prevenir esta grave complicación.

CAPÍTULO I: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
**I.3 DEFINICIONES**  
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.  
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

vemos las discusiones diagnósticas y de definiciones son muchas, aun persisten y seguramente, no está dicha la última palabra al respecto.

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.4 TIPOS DE TCA. SÍNTOMAS Y COMPORTAMIENTO. CLASIFICACIÓN**

La anorexia descrita como tal ya hace un siglo ha concitado mayor número de estudios que la bulimia descrita por Russel en 1979 y de aparición más reciente en la literatura psiquiátrica y con estudios serios sólo en los últimos veinte años. Según Halmi 1985 (citado en G. Morandé, (1990), las críticas respecto a los síntomas y definición han sido muchas, centrándose los autores en diferentes aspectos y separando a los anoréxicos restrictivos de los que abusan del vómito y laxantes y a las bulimias que conllevan procesos anoréxicos previos de las bulimias puras, y de aquellas que conviven simultáneamente con las anorexias o se alternan con ellas. Debemos tener en cuenta la variedad de clasificaciones que se pueden hacer de los TCA<sup>13</sup>, y para ello vamos a recoger algunos de los criterios hasta hoy en día expuestos al respecto a título orientativo, el propósito de esta clasificación no es la exhaustividad, sino aproximativo de las distintas versiones que los estudiosos dan al tema de los TCA, hemos seleccionado desde aquellas que necesariamente debían estar presentes y que son la base de muchos estudios, hasta aquellas de menor importancia que daban visiones muy particulares del tema.

### **I.4.1 CRITERIOS DE FLOREZ TASCÓN, 1961.**

Este autor no describe la bulimia en su monografía y recoge solamente la patología anoréxica restrictiva que conoce como el síndrome de las tres “A”: Anorexia, Adelgazamiento y Amenorrea. En la Anorexia, incluye los síntomas relacionados con la negación del paciente ante la alimentación, trastornos físicos del aparato digestivo, pesadez gástrica, vómitos... bajo el manto de, en la mayoría de los casos, *supercherías infantiles*, y *buscando unas causas físicas difíciles de detectar para el médico*.

La Amenorrea, supone la retirada total de la regla, sin ciclos esporádicos, ni sofocos y mareos, normalmente se da junto a la atrofia de los órganos genitales y

<sup>13</sup> En realidad es tanta actualmente la profusión de clasificaciones que a efectos prácticos dichas clasificaciones no se aplican tan a raja tabla.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

glándulas mamarias, y en muchos casos precede al adelgazamiento extremo y suele persistir incluso después de recuperar el peso.

Adelgazamiento progresivo de unos 4-5 kilos mensuales, hasta perder el 30% o 50 % del peso inicial, la piel fría y quebradiza como las uñas, atrofia maxilar con pérdida de piezas dentarias y sin pérdida del vello púbico y axilar.

Siguiendo al autor además de estos elementos se presenta un conjunto de fenómenos accesorios, como hipotermia e hipotensión, hiperactividad, firmeza y volubilidad de carácter. El reflejo de la enfermedad físicamente es tardío y poco visible para los médicos en el comienzo del cuadro.

### **I.4.2.CRITERIOS V.JIMÉNEZ GONZÁLEZ,1969**

Destacamos como a nivel muy somero este autor hablaba de la anorexia en términos parecidos a los que usaban los pediatras ante los niños que no comían y ante los cuales la preocupación de sus madres era mayúscula, lo que originaba una sobreprotección y dedicación especial hacia ellos. Este médico explica claramente las diferencias entre **hambre y apetito** y las identificaba igualmente con tipos de anorexia. Para él existía una anorexia física la cual era producida por la falta de hambre y una anorexia psíquica producida por la falta de apetito definiendo ambas como la pérdida del deseo de la alimentación. El médico define el hambre como el estímulo de supervivencia y el apetito como el estímulo de los alimentos que hay que comer, y apetece comer a la persona, concluyendo que la influencia de la alimentación en el apetito es muy fuerte.

Como vemos esta anorexia tiene poco que ver con los llamados TCA, no más que el nombre, puesto que las motivaciones son diferentes para el niño y para el adolescente, de la misma manera que la anorexia mental o nerviosa tratada aquí requiere un tratamiento diferente y una percepción del hambre y el apetito distinta, puesto que no están tan diferenciados; ya que los enfermos de TCA sienten hambre y a la vez apetito deseando comer una serie de alimentos que se han prohibido.

### **I.4.3. CRITERIOS DE FEHIGNER, 1972.**

Para este autor, la anorexia es una patología clara directamente relacionada con la alimentación. Sus criterios diagnósticos son los siguientes.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Edad de aparición anterior a los 25 años.

Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original.

Actitud distorsionada e implacable respecto a la comida incluso por encima del hambre, las riñas, consejos...

Los síntomas que deben darse para este diagnóstico son:

1. Negación de la enfermedad.

2. Satisfacción por perder peso.

3. Deseo de imagen de extrema delgadez.

4. Manipulación de alimentos.

5. Ausencia de otra causa médica

6. Ausencia de otros trastornos psiquiátricos, esquizofrenias, obsesivo-compulsivos.

Además deben darse como mínimo, al menos dos de las siguientes manifestaciones.

Amenorrea

Lanugo

Bradicardia (pocas pulsaciones)

Periodos de hiperactividad.

Episodios de Bulimia

Vómitos autoinducidos

Como podemos observar los criterios de Fehigner, para delimitar los TCA están basados fundamentalmente en la pérdida de peso, reduciendo el porcentaje al 25%, a diferencia de Flórez Tascón (30%-50%).

También se le da importancia a los aspectos psicológicos, fundamentalmente a los relacionados con el comportamiento y pasan a un segundo plano síntomas tan claros como la amenorrea o falta de menstruación. En general a diferencia del autor no se concibe un tope de edad para desarrollar la enfermedad. El autor no diferencia dentro de los TCA las diversas patologías, no hace mención alguna a la bulimia y recoge la anorexia restrictiva y purgativa bajo los mismos epígrafes.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.4.4.CRITERIOS DE HILDE BRUCH,1973**

H. Bruch, se centra igualmente en la anorexia, admitiendo los siguientes síntomas a tener en cuenta para su diagnóstico.

1. Rechazo a la comida y búsqueda de la delgadez con el objeto de alcanzar autonomía y eficacia ejerciendo un extravagante control sobre el cuerpo y sus funciones.

2. La psicopatología general puede ser de tipo neurótico o esquizofrénico fronterizo (trastornos principalmente cognitivos). Rasgos depresivos.

3. Triada de perturbaciones

A) perturbación de la imagen corporal y del concepto del cuerpo.

B) Perturbaciones en la interpretación de los estímulos provenientes del propio cuerpo, no se interpretan las señales de hambre ni apetito, desorganización en la alimentación. Hiperactividad, negación de fatiga, incapacidad de reconocer las sensaciones internas y emotivas, a menudo dentro de una subcultura étnico religiosa que apoya las ideologías alimentarias.

C) Paralizante sensación de ineficacia actuando en respuesta a exigencias de otras personas y la docilidad se disimula detrás del negativismo y la terca resistencia.

En esta descripción aparecen los rasgos psicológicos por encima de las alteraciones físicas posibles dentro del cuadro, dando importancia relevante a las sensaciones y sentimientos, alteraciones de la imagen, las perturbaciones del carácter y la conducta ante la comida.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.4.5. CRITERIOS DE ROLLINS,1978 (en J.M. Mongil San Juan,1986)**

Nuevamente se recoge el breve diagnóstico de una anorexia de tipo restrictivo, aquella que restringe los alimentos y no se provoca el vómito, haciendo especial hincapié en el desarrollo de los aspectos psicológicos asociados a elementos somáticos como son el adelgazamiento, reduciéndose el nivel de peso fronterizo para poder ser diagnosticada la anorexia al 20%.

Por tanto atendiendo a los dos niveles tenemos lo siguiente:

- a) A nivel psicopatológico: fobia de peso evidente y/o imagen del cuerpo deformada en un momento de la evolución; sentimiento de inadecuación.
- b) A nivel somático; adelgazamiento provocado, de al menos 20% por debajo del peso medio estándar.

### **I.4.6. CRITERIOS DE RUSSEL, 1979**

Cuando la anorexia llevaba cien años definida este autor propone sus criterios al respecto. La realidad es que su auténtica novedad se encuentra en la definición de la patología bulímica no presente hasta el momento en la literatura médica.

**En cuanto a la anorexia tenemos:**

- 1. Pérdida de peso autoinducida
- 2. Característica sobrevalorada de que la gordura es un estado espantoso.
- 3. Trastorno endocrino que dificulta la aparición de caracteres sexuales, y menstruación.

**Criterios de Russel de Bulimia Nerviosa.**

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 1.Una poderosa e indisciplinada urgencia de comer en exceso
- 2.Evitar efectos engordantes por vómito autoinducido, laxantes o ambos.
- 3.Temor mórbido a ser obeso

En general Russel recoge los elementos fundamentales de la bulimia tal y como hoy la encontramos en las pacientes y en la literatura, en general este trastorno aparece objetivamente caracterizado por los atracones y vómitos o conductas purgativas presentes siempre ante el temor de engordar, de ahí que en honor al autor se conozca a las marcas producidas en el dorso de la mano por los dientes al vomitar, como el signo de Russell.

Aunque no se recogen elementos de orden psicológico característicos de la bulimia, se puso la primera piedra para el profundo estudio de este trastorno.

#### **I.4.7. CRITERIOS DEL DSM III, (1980) (*Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III*)**

En los ochenta la APA , (The American Psiquiatric Association) recoge en las páginas del DSM III,(1980) los criterios para la caracterización de un TCA, de los cuales la anorexia sería la protagonista.

En primer lugar se explican los síntomas de la anorexia nerviosa.

- a) Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso.
- b) Alteración de la imagen corporal (p.e. Queja de sentirse gordo incluso estando en los huesos)
- c) Pérdida de al menos el 25% del peso original, por debajo de los 18 años, a la pérdida del peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan el 25 %
- d) Negativa a mantener el peso por encima de un mínimo normal para su talla y edad.
- e) Ausencia de enfermedad somática que justifique la pérdida de peso.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En general los criterios del DSM III no difieren en sustancia con los propuestos anteriormente siendo definidos con claridad y teniendo en cuenta los aspectos físicos y psicológicos más relevantes.

### **1.4.8. CRITERIOS DE HALMI ADAPTADOS DEL DSM III. (citados en G. Morandé, 1990)**

En general Halmi, define la anorexia típica de tipo restrictivo en la que a diferencia por ejemplo con Feighner, la amenorrea pasa a un primer plano como principal síntoma.

Entre los síntomas propuestos están:

Siempre presentes

Deseos de perder peso

Comportamientos extraños de alimentación

Temor a ganar peso.

Trastornos de la imagen corporal

Amenorrea.

Menos frecuentes

Negación de la enfermedad

Resistencia a la terapia.

Desarrollo psicosexual retardado

Sobrepeso moderado antes de la enfermedad

Conducta compulsiva además de la relacionada con la pérdida de peso y alimentación.

Frecuentes Anormalidades urogenitales y del síndrome de Turner

### **I.4.9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (ICD 9)** **CIE 9 (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Rev)**

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los criterios para definir la anorexia nerviosa aparecen algunos nuevos elementos como la no especificación de la edad para el desarrollo del cuadro, la posibilidad de desarrollarse en varones, siendo hasta el momento una enfermedad femenina y la presencia de alternancia entre los periodos de ingesta normal o sobreingesta y los periodos de anorexia pura, por lo que se recoge implícitamente la patología bajo sus dos formas más claras la anorexia restrictiva, o restricción de alimentos hasta límites insospechados) y la purgativa, (restricción alternada con pequeños atracones, en su mayoría de pocas calorías normalmente), no se hace ninguna referencia a la bulimia como enfermedad independiente, en este momento.

Algunos de los síntomas:

Trastorno con persistente rechazo a ingerir alimento y marcada pérdida de peso .

El nivel de actividad y la atención son altos en función al grado de emaciación.

El trastorno afecta a niñas adolescentes, a veces puede empezar antes de la pubertad.

Raro en hombres.

La amenorrea es característica de la enfermedad junto a otros síntomas físicos como lentitud del pulso, dificultades respiratorias, baja temperatura corporal y edema.<sup>14</sup>

Los hábitos alimentarios son inusitados y las actitudes hacia los alimentos.

A veces se alterna el ayuno con periodos de ingesta normal o sobrealimentación.

Los síntomas psiquiátricos son diversos.

#### **I.4.10. CRITERIOS DE SCHÜTZE, 1983**

Para este autor todas las afecciones que presentan una sintomatología anoréxica dominante pueden agruparse bajo concepto de "síndrome anoréxico". Concibe los términos de anorexia mental (pérdida de apetito sin causa orgánica) y anorexia psicógena, haciendo referencia a otras enfermedades de naturaleza psiquiátrica, como

<sup>14</sup> Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

formas especiales de neurosis obsesivas, o fóbicas y de psicosis, en especial del grupo de la esquizofrenia, cuyas manifestaciones giran en torno a una sintomatología de tipo anoréxico que carece de causa orgánica.

Para el autor existe la anorexia y la forma bulímica. Dentro de la anorexia diferencia:

La anorexia por edades, infantil, prepuberal, puberal, postpuberal

La anorexia por su evolución, en formas leves y más o menos graves.

La anorexia según la personalidad diferenciando a los esquizoides de los neuróticos, psicóticos, depresivos...

En general esta clasificación es confusa y mezcla lo que en otro punto trataremos como los diagnósticos diferenciales, ya que no distingue los TCA de otros trastornos psiquiátricos de una manera clara y contundente, por lo que el interés por esta clasificación es meramente referencial.

En cuanto a la bulimia, aparece descrita por una parte como forma pura, no relacionada en ningún caso con la anorexia, como una enfermedad caracterizada por las grandes ingestas y vómitos. Por otra parte tenemos la bulimia en su forma anoréxica cuando los vómitos se dan sin la necesidad del atracón, teniendo en cuenta que puede igualmente tratarse de una fase previa de la bulimia pura.

En cualquier caso como ya hemos apuntado es muy difícil diferenciar claramente una de otra enfermedad, y por ello el objetivo es aproximarnos a las distintas clasificaciones para observar los distintos puntos de vista.

#### **I.4.11 SUBGRUPOS PARA MICKALIDE Y ANDERSEN, 1985 (en J.M Mongil San Juan, 1986)**

Estos autores siguiendo los criterios de DSM III, van a catalogar los TCA en patologías diferentes aunque relacionadas, entre las cuales están:

1 Pacientes que cumpliendo los criterios del DSM III (*Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III*), sólo restringen la ingesta de alimentos. En esta categoría estarían los cuadros de anorexia restrictiva típica.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2 Pacientes que además de los criterios anteriores presentan episodios bulímicos. En esta área estarían las anoréxicas purgativas o atípicas que alternan su conducta restrictiva con vómitos.

3 Pacientes bulímicos con historia previa de anorexia. En este conjunto estarían los enfermos de anorexia restrictiva previa que en su transcurso ha evolucionado hacia una bulimia.

4 Pacientes bulímicos sin antecedentes anoréxicos. La bulimia como tal sin precursores de trastornos del comportamiento alimentario de ningún tipo.

### **I.4.12 DSM-III-R (1988) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*)**

En la revisión posterior del DSM III, aparece una clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria junto con otros trastornos de la alimentación menores y diferenciados suficientemente de los TCA, que hasta ahora hemos descrito.

Los trastornos del comportamiento alimentario se dividen en Anorexia, bulimia, pica y rumiación los dos últimos de dan en niños más pequeños, aunque puede existir la rumiación como síntoma en un cuadro de anorexia y/o bulimia<sup>15</sup>.

La anorexia en este manual aparece como,

*“La sintomatología contundente en el rechazo a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una edad y talla.”*

#### **I.4.12.1 SÍNTOMAS DSM-III-R 1988.**

En general los síntomas de la anorexia serán:

Pérdida de por lo menos el 25% del peso inicial.

Miedo intenso a ganar peso por debajo del peso considerado normal,

<sup>15</sup> Algunos terapeutas aseguran como ciertos pacientes, rumían la comida sin llegar a vomitarla.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Alteración de imagen corporal.

Amenorrea.

Una vez descritos los síntomas de la anorexia y sin diferir mucho de los anteriores este manual diferencia algunos tipos de anorexia más específicamente.

Tipo I. Anoréxicos restrictivos puros, sin vómito ni laxantes

Tipo 2. Anoréxicos que restringen la comida, se purgan y no presentan atracones.

En cuanto a la Bulimia o llamados “*episodios recurrentes de voracidad*”, los síntomas descritos que el DSM III-R propone, son los siguientes.

1. Consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo.

2. Falta de control sobre la ingesta durante episodios de voracidad, vómitos provocados.

3. Empleo de fármacos y laxantes, diuréticos, dietas estrictas o ayunos, o aumento de ejercicio vigoroso para evitar el aumento de peso.

4. Oscilaciones de peso muy fuertes, a veces estos episodios van unidos al consumo de drogas, cocaína, sedantes, anfetaminas.

5. Para determinar un diagnóstico de bulimia se deben dar al menos dos episodios de voracidad a la semana en tres meses, en este aspecto debemos comentar que la bulimia puede desencadenarse con episodios de atracones muy repetidos en una semana, incluso varios al día, y darse luego épocas de conducta normal o restrictiva lo que nos llevaría a una patología mixta o según algunos autores, bulimarexia (G Morandé, 1990)

6. Preocupación persistente por la silueta y el peso.

7. Rituales para darse atracones.

Si el diagnóstico es de bulimia nerviosa pero aparecen también síntomas de anorexia, según el DSMIII-R se dan los dos diagnósticos. Como vemos según lo dicho no se contempla la posibilidad de una patología mixta en la que exista una anorexia con caracteres de bulimia.

#### **I.4.12.2. TIPOS BULIMIA DSM III-R**



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen dos tipos de bulimia en el DSMIII-R

1. Pacientes que no han presentado cuadro anoréxico.
2. Pacientes con una historia previa de anorexia.

### **I.4.12.3 OTROS TRASTORNOS DSM III-R 1988**

#### **I.4.12.3.1. LA PICA.**

Ingesta persistente de sustancias no nutritivas, se da normalmente en niños que comen típicamente, pintura, yeso... materiales por los que no existe aversión, se da entre los doce y veinticuatro meses y suele remitir al final de la niñez, dando lugar a infecciones intoxicaciones, retraso mental...

#### **I.4.12.3.2. LA RUMIACIÓN EN LA INFANCIA**

La comida mal digerida se devuelve a la boca sin que aparezcan náuseas, arcadas, repugnancia o trastorno gastrointestinal, entonces la comida es expulsada o masticada y tragada.

#### **I.4.12.3.3. TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECÍFICO**

Existen igualmente un conjunto de trastornos sin la gravedad de los TCA, (anorexia y bulimia genéricos), que pueden desembocar en éstos si no se cuidan a tiempo estas alteraciones, como pueden ser las conductas de control excesivo de las calorías ingeridas, mujeres con síntomas de anorexia pero sin amenorrea, atracones con voracidad sin vómito, persona con peso normal que usa el vómito para controlarse.

Puede darse igualmente el caso de jóvenes con algunos de los síntomas específicos de la anorexia que por otro lado no consigan definirse desde las perspectivas ortodoxas como enfermos de la conducta alimentaria, pero que por ello no dejan de estar enfermos y tener una predisposición especial a desarrollar un cuadro completo e igualmente grave.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es posible que:

1. Se encuentren todos los criterios para una anorexia nerviosa, salvo que el individuo tiene menstruaciones regulares.

2. Se encuentran todos los criterios para una anorexia nerviosa, salvo que a pesar de una pérdida significativa de peso, el peso esperado para el paciente se encuentre dentro del rango normal.

3. Se encuentren todos los criterios para una bulimia nerviosa, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses.

Desde nuestro punto de vista en el momento en que un vómito se usa para regular las calorías ingeridas nos encontramos ante un cuadro de bulimia completo, ya que como dice la doctora Mabel Bello<sup>16</sup>, el vómito crea adicción y por tanto el que lo hace una vez con este propósito descrito y voluntariamente, con toda seguridad repetirá su conducta.

4. Un individuo de peso normal que se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida.

5. Un individuo que reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida

6. Que exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la bulimia.

#### **I.4.13. G. MORANDÉ, 1990.**

Presenta las siguientes clasificaciones:

**Anoréxicas típicas o restrictivas** de acuerdo a los síntomas del DSM III-R, sin excluir comportamientos de vómitos o laxantes pero sin aparentes atracones.

**Anoréxicas atípicas**, sintomatología igual a la anterior más un complejo cuadro psicológico de naturaleza obsesiva.

**Anoréxicas depresivas** destaca de las anteriores por un perfil depresivo, no atribuible a la enfermedad.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Bulimarexia**<sup>17</sup>, síndrome completo de anorexia seguido o alternado con una bulimia.

**Bulimia** responden a los criterios del DSM III-R y no responde a un cuadro de anorexia previa.

Con posterioridad el doctor Gonzalo Morandé<sup>18</sup>, entendía la distribución de los TCA de la siguiente manera, con algunas modificaciones respecto a la propuesta en 1990.

Referidos a la sintomatología presente en el DSM IV y teniendo en cuenta la importancia de la preocupación por el miedo a engordar, que según G.Morandé hace cuarenta años no existía la clasificación propuesta es la siguiente.

⇒ 1 Anorexia

- Restrictiva
- Purgativa o acompañada de vómitos
- Purgobulímicas: que alternan ataques de bulimia con

purgaciones.

⇒ 2. Bulimia

- Purgativa
- No purgativa
- Multiimpulsiva: destacando una pérdida de control de los

impulsos cuyas manifestaciones más importantes son la autoagresión, los robos, la promiscuidad sexual o el aumento de consumo de drogas de todo tipo, e incluso el suicidio.

⇒ 3. Existe una categoría de **trastornos alimentarios incompletos**: dentro de los cuales se presentan unas

-Anorexias incompletas en sus síntomas y/o atípicas, como puede ser el caso de una anorexia sin amenorrea.

-Bulimias incompletas.

<sup>16</sup> Mabel Bello. Conferencia sobre TCA del 19-1-1999

<sup>17</sup> En este momento y siguiendo a J. Toro en 1996, es necesario acotar que el término bulimarexia pertenece a Boskind-Lodahl (1976) y que como apunta Vandereycken (1994) es un neologismo sin sentido que se aplica cuando coinciden las patologías anoréxicas y bulímicas.

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ 4. trastornos residuales: de menor importancia y sin una descripción clara dentro de los TCA.

**I.4.14. CRITERIOS DE LA ICD-10 (CIE 10).**

*(Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª Rev)*

**I.4.14.I. PAUTAS DE DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA**

A) Pérdida de peso, (índice de Quetelet menor de 17,5 y porcentaje del 85% del peso ideal)<sup>19</sup>, los enfermos prepúberes pueden no ganar el peso que deberían para su edad.

B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de : 1)rechazo de alimentos que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes 2) vómitos autoprovocados, 3)purgas intestinales autoprovocadas. 4)ejercicio excesivo. 5)consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la idea intrusa de pavor ante la flaccidez y la gordura.

D) Trastorno endocrino generalizado, que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, manifestándose en la mujer con amenorrea y en el varón con pérdida del deseo sexual, acompañados para ambos de otras anomalías hormonales.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento, el desarrollo de mamas, amenorrea primaria, en el hombre persisten los genitales infantiles) si hay recuperación la pubertad se completa pero la menarquía o primera menstruación es tardía.

<sup>18</sup> G. Morandé. Conferencia sobre TCA, celebrada el 30-10-1997

<sup>19</sup> Porcentaje de peso ideal=  $100 - [(x-y) / X] \times 100$ , siendo x=peso ideal y=peso actual

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.4.14. 2. PAUTAS PARA LA BULIMIA**

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieran a continuación; de modo que constituyan pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, como se indican:

a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia, durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

c) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido, mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos como supresores del apetito. Cuando la bulimia se asocia a la diabetes, el enfermo puede llegar a abandonar su tratamiento de insulina.

d) La psicopatología consiste en un miedo mórbido a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que se tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo. Con frecuencia, pero no siempre existen, antecedentes previos de anorexia nerviosa, con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz, puede manifestarse de diversas maneras, de forma aguda o por el contrario adoptar una forma moderada de pérdida de peso o fase transitoria de amenorrea.

### **I.4.15. DSM-IV (A.P.A. 1993)**

#### **I.4.15.I.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA.**

El último avance de la APA recogido en el DSM IV se explica de la siguiente manera para los trastornos de la conducta alimentaria:

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 % esperado.

B. Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aun estando emaciado/a.

C. Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.

D. En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (estrógenos).

- Subtipo bulímico: durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

- Subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

Los principales autores han recomendado usar criterios tan variados como los criterios de Feighner, u otros. Entre los criterios del DSM IV, se han encontrado algunas diferencias, especialmente flexibilizando los criterios anteriores, de otros autores.

Hemos percibido, por ejemplo uno de los ítems, peso; en el que autores anteriores exigen una pérdida superior al 25%, es en nuestro medio y en el momento actual, un porcentaje demasiado alto. La hiperinformación existente en nuestra época sobre el cuadro clínico, hace que lleguen a la consulta pacientes que reúnen las características suficientes para realizar el diagnóstico, sobre todo al encontrarse presente, junto a la disminución de peso, el punto tres de la lista de los criterios de Feighner o el punto B de los criterios del DSM IV: "miedo intenso a engordar", que aparece en forma de pánico junto al trastorno de su imagen corporal.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.4.15.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA.**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o pastillas en exceso.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En estos criterios sigue estando presente el número exhaustivo de vómitos necesarios para diagnosticar una bulimia, lo cual ya hemos comentado como menos oportuno, en este manual se explica qué es lo que se considera como un atracón, por tanto se define por primera vez, y se procede a una desagregación del trastorno bulímico en subtipos.

#### **I.4.16. M. ALEMANY, 1995.**

Otra de las clasificaciones encontradas, que manifiesta algunas diferencias con las anteriores, es la hecha por M. Alemany (1995).

Según la autora, los trastornos de la alimentación producidos entre la adolescencia y la infancia, dentro de sociedades ricas se dividen en

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

Atracones, (esta última se entiende como una forma de las anteriores)

Algunos de los síntomas de las citadas patologías son:

##### **I.4.16.I. LA ANOREXIA.**

Es un trastorno multicausal, según los casos presentan una u otras variantes en los síntomas, por tanto es muy difícil proponer unas pautas claras para todos los enfermos.

- No aparece ninguna causa física.
- Se produce por un bloqueo psíquico y voluntario del hambre.
- Rechazo de la alimentación.
- Rechazo de la propia imagen.
- Deformación de la propia imagen frente a la imagen que se cree tener.
- Pérdida de peso, por el convencimiento de tener sobrepeso.
- Progresiva desnutrición que se puede hacer crítica o llevar a la muerte.

Según dice nuestra autora "la anorexia es la única enfermedad que puede producir la muerte por sí misma, si no se trata y corrige a tiempo" M. Alemany, (1995).



I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**I.4.16.2. LA BULIMIA.**

Presenta los siguientes elementos,

Menos conocida y más cercana, los pacientes presentan menos voluntad.

- Trastorno psíquico.
- Pérdida de control.
- Atracones.
- Provocación del vómito para empezar de nuevo el ciclo, aunque no siempre.
- Deseo de cambiar la imagen.

Para la autora, ambos anorexia y bulimia nerviosas, se dan entre chicos/as de doce a diecisiete años, es una enfermedad secreta que se sufren en soledad y que pasa desapercibida en su primera fase. Debemos comentar como aunque los límites de edad se establezcan en la adolescencia estas enfermedades se producen en edades más tempranas y más adultas, con una fuerte virulencia en la actualidad. Esta clasificación como podemos apreciar es muy elemental e incluso incluye los atracones como enfermedad aislada, suponiéndola como trastorno severo de alguna de las dos anteriormente descritas, para luego incluir el atracón como síntoma dentro de la bulimia nerviosa. En otro aspecto podemos decir que se habla aquí de los dos trastornos anorexia y bulimia, sin matizaciones a nivel general y que a juzgar por la descripción, la anorexia que se define es la restrictiva y la forma de bulimia nerviosa descrita se puede considerar como una forma o ciclo dentro de la anorexia.

**I.4.17. C. MARTÍNEZ DE BAGATTINI, (1996)****I.4.17.I. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE  
ALGUNOS ÍTEMS SOBRE LA ANOREXIA**

-**ADELGAZAMIENTO**. Hemos dividido este síntoma en:

Adelgazamiento leve: 10 a 15% de descenso del peso corporal de iniciación.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Adelgazamiento moderado: 15 al 25% de descenso del peso de inicio.

Adelgazamiento grave: 25% en adelante de disminución del peso de inicio.

A pesar de que los criterios diagnósticos, tanto del DSM IV, como de la escala de Feighner, que exige un descenso de peso por encima del 25%, nosotros consideramos que el exceso de información en nuestro medio, si bien ha aumentado la sintomatología anoréxica, ha favorecido también su consulta en etapas más precoces donde se registran descensos menores de peso.

### **-ALIMENTACIÓN.**

Llamamos **abandono alimentario leve** a la ingesta restringida de alimentos de bajas calorías, pero suficientes en el momento de la consulta que no se acompañan de un severo adelgazamiento. En el caso siguiente, disminuye la ingestión incluso de alimentos de bajas calorías y el tiempo gira alrededor del número de alimentos que se ingieren lo que a pesar de todo **llamamos moderado** por la posibilidad de remisión. Cuando el abandono alimentario se hace **grave**, estos pacientes sólo ingieren líquidos no calóricos<sup>20</sup>, es casi nula la ingesta alimentaria, mienten y tiran, acumulan y esconden los alimentos.

### **-EL AUMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

Puede ir también acompañado de una obsesiva regularidad en hacer gimnasia (**leve**), hasta concurrir diariamente y más de una hora (**moderado**), hasta varias horas de ejercicios, saltos, caminatas, permanecer de pie, diariamente, incluso en la noche (**grave**).

### **-LA ALTERACIÓN DE LA VIDA SOCIAL.**

Va desde un simple abandono de amistades anteriores (**leve**) a restringir todo tipo de salidas pero continuar viendo amigas (**moderado**) al aislamiento total

<sup>20</sup>Los enfermos pueden aumentar el consumo exagerado de agua (potomanía) o incluso eliminar el consumo al máximo, con el consiguiente peligro de deshidratación.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**(grave).** Debemos matizar a propósito de la relación exclusiva con la madre que en algunos casos se produce la aversión total hacia ésta.

En cuanto a los criterios de los ítems de evolución, llamamos:

1. **Recuperación de peso satisfactoria:** aquellos pacientes que alcanzan el peso del contrato<sup>21</sup>, y se mantienen en él con escasas modificaciones. Se asocia a veces a la ingesta libre.

2. **Bastante satisfactoria:** el mantenimiento de peso se hace oscilante, requiriendo control de nutrición.

3. **Insatisfactoria:** mantenimiento del peso mínimo requerido con renuncia tajante al mantenimiento del contrato.

En general pueden darse algunas variaciones en la evolución del trastorno además de la evolución del peso:

Las conductas alimentarias pueden modificarse, pero mantenerse en una ingesta escasa y rígida. Las relaciones sociales, varían desde una reinserción social superficial y en apariencia normal, al aislamiento grave. La capacidad de conectar consigo mismo, también puede ser fluctuante. Las relaciones familiares cambian en esta etapa de abordaje terapéutico y se hacen mejores.

#### **I.4.18. ALONSO FERNÁNDEZ (1996)**

A continuación proponemos una clasificación reciente en la que se dividen los Trastornos alimentarios.

Anorexia mental o nerviosa (con delgadez) que se divide en:  
Anorexia mental restrictiva o famélica (anorexia simple)

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anorexia mental bulímica o vomitadora (bulimarexia)

Bulimia adictiva (peso normal o sobrepeso)

Hiperfagia adictiva, neurótica o psicósomática

Hiperfagia pura

Hiperfagia con bulimia

Hiperfagia adictiva o monoalimentaria( por ejemplo de un solo alimento como chocolate, fruta...)

En esta clasificación, por lo que respecta a la anorexia, la disgregación que se hace está de acuerdo con la mayoría de la literatura médica, respecto de la bulimia la clasificación es menos común, presentando como trastorno adictivo a la bulimia propiamente dicha, y partiendo de un peso normal o sobrepeso sin adelgazamiento. Desde nuestro punto de vista pueden considerarse adictivos todos lo TCA, ya que la anorexia también mantiene un componente de adicción a la delgadez, e incluso las crisis bulímicas pueden adaptarse al cuadro anoréxico.

Es menos común la denominación de la hiperfagia para trastornos alimentarios no especificados propiamente como anorexia o bulimia, según se han descrito en el DSM IV (1993)

### **I.4.19. ANALISIS DE LOS PRINCIPALES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RECIENTES.**

Los primeros criterios diagnósticos reales y aceptados que se propusieron para la anorexia nerviosa fueron los Criterios de Feighner (Feighner, Robins, Guze, et al. 1972). Estos, fueron ampliamente aceptados e inspiraron los criterios del diagnóstico de la anorexia nerviosa de la tercera versión de la A.P.A. DSM III (1980).

Hasta la actualidad, numerosos aspectos han evolucionado, destacando la desaparición de la edad de inicio como criterio diagnóstico, y el porcentaje de la pérdida de peso, que ha pasado del 25 % de la clasificación de Feighner y del DSM-III (A.P.A.,

<sup>21</sup> Algunos doctores manifiestan su desacuerdo al hablar de "cumplimientos de contrato" en el tratamiento de los TCA, lo cual supone solamente un recurso para la tranquilidad del médico, sin asegurar que la paciente una vez cumplido el contrato no vuelva a recaer.

I.1 INTRODUCCIÓN  
I.2 DESCRIPCIÓN  
I.3 DEFINICIONES

**I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN**

I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?  
I.6 ANOREXIA.  
I.7 BULIMIA.  
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.  
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA  
I.10 EVALUACIÓN  
I.11 TRATAMIENTO  
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1980), al 15% en el DSM-III-R (A.P.A., 1987) y en los criterios propuestos para el DSM-IV (A.P.A., 1993).

A partir del DSM-III (A.P.A., 1980) se incorporan aspectos evolutivos a la pérdida de peso, es decir, en personas menores de dieciocho años se calcula el peso que debía haber ganado por crecimiento. El aspecto que más destaca en el DSM-IV (A.P.A., 1993), respecto al DSM-III-R (A.P.A., 1987) es la clasificación de dos subtipos: restrictivo y bulímico (ver criterios DSM IV).

La décima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10, OMS, 1992) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno, haciendo especial hincapié en que el trastorno involucra al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en la mujer y a la pérdida de interés sexual en el varón.

En cuanto al peso, propone como indicador un índice de masa corporal o de Quetelet igual o menor a diecisiete con cinco, para el diagnóstico de anorexia nerviosa. En contraste con el DSM-IV (A.P.A., 1995), no contempla varios subtipos, sino que considera que la pérdida de peso puede ser inducida por la evitación de "alimentos que engordan" y que puede ir acompañada de uno o más de los siguientes métodos para perder peso: vómitos y/o purgas autoinducidas, ejercicio físico o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

La clasificación que se hace en el ICD 10 y que se adoptó en el Protocolo de TCA (1995, AA.VV. Coord. G.Morandé) es la siguiente:

**Anorexia nerviosa:** la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

**Anorexia nerviosa atípica:** este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presenta un cuadro clínico bastante característico.

**Bulimia nerviosa:** la bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Bulimia nerviosa atípica: este término debe ser usado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa pero que por lo demás presenta un cuadro clínico bastante típico.

Con el fin de realizar una conceptualización de los trastornos de la alimentación que implique una aproximación a la realidad, creemos necesario comenzar recordando la hipótesis del continuo que proponen numerosos autores. Esta hipótesis presenta una continuidad en los trastornos de la alimentación en lugar de su clasificación por categorías aisladas. Es decir, todos estos trastornos compartirían dos ideas centrales:

- a) la preocupación por el peso
- b) la idea sobrevalorada de adelgazar.

Distribuyéndose a lo largo de un continuo en función de que esta sintomatología vaya o no acompañada de un determinado peso, de seguimiento de dietas más o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal.

De esta manera en un extremo estaría la anorexia nerviosa restrictiva, seguida de la anorexia bulímica, y la bulimia nerviosa que tendrían una posición intermedia, seguida de la sobreingesta compulsiva, que presenta pautas de conducta alimentaria alteradas.

Anteriormente la bulimia nerviosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia nerviosa, pero las fuertes diferencias encontradas entre anorexias y bulimias, según la A.P.A., hicieron que ésta haya sido considerada como una entidad psicopatológicamente distinta, presentándose con el término bulimia en el DSM-III (A.P.A. (1980)) y adoptándose el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R (A.P.A., 1988) y DSM-IV (A.P.A., 1993), como ya señalamos anteriormente.

En este último DSM IV, el criterio del promedio mínimo de atracones se mantiene, también se especifica el criterio de preocupación persistente por la silueta y el peso, ya que habla de que es la autoevaluación la que está exageradamente influida por

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

el peso y la silueta corporal. Por último, enfatiza que la aparición de la bulimia nerviosa no es exclusiva de aparecer en el transcurso de la anorexia nerviosa (ver DSM IV).

El ICD-10 (OMS, 1992), propone criterios diagnósticos prácticamente iguales al DSM-IV (A.P.A., 1995), excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia de la clasificación del APA(DSM IV), que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa, si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la ICD-10 (OMS, 1992), excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

## **I.4.20. OTROS TRASTORNOS**

La excesiva preocupación por el cuerpo es el origen de nuevas patologías mentales, que no son catalogadas como TCA propiamente dichos, puesto que algunos no afectan a la conducta alimentaria, como la recién etiquetada **vigorexia o culto al músculo**. Sus víctimas, al igual que las de otras enfermedades no tan recientes, como la **dismorfia corporal**<sup>22</sup>, en la que los afectados se ven, por ejemplo, la nariz muy grande aunque sea incierto y cuya relación con la moda aún no ha sido establecida, viven en común la tortura de no gustarse a sí mismos.

El consuelo parcial para muchas de las personas preocupadas por su físico puede encontrarse en las afirmaciones de los especialistas. "Desear una imagen perfecta o cuasi-perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo, aumenta las posibilidades de que aparezca", según el psiquiatra Celso Arango, del Maryland Psychiatric Research Center, en Baltimore, EEUU. (P. Matey, 1998). La plaga de la búsqueda de la perfección tiene distintas formas de manifestarse y algunas de ellas difieren notablemente entre sí (la anorexia, y la bulimia, por una parte y el nuevo trastorno del culto al músculo o vigorexia o la dismorfia corporal por otro), en todas ellas, sus víctimas comparten una frustración: a ninguna le gusta su imagen y dicha disconformidad con su aspecto puede acabar destrozando su cuerpo y su mente,

<sup>22</sup> Fue en 1886, y gracias al doctor italiano Morselli, cuando se acuñó el término dismorfia corporal. También Freud describió uno de los primeros casos de la literatura científica a través de uno de sus pacientes al que bautizó como Wolf man (hombre-lobo), una persona que, a pesar de tener un exceso de vello corporal, centraba su excesiva preocupación por el físico en su nariz que veía horrible, prominente y llena de cicatrices.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
<b>I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN</b>
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

aunque en los TCA sea más un trastorno sentimental, relacionado con elementos de insatisfacción personal y no tan directamente relacionados con la manifestación corporal, como último fin. Así, mientras que la anorexia y la bulimia son dos trastornos de la alimentación que han venido paralelamente de la mano de la cultura de la delgadez, la dismorfia corporal es una patología en la que el paciente cree que tiene un defecto físico que no existe, o que siendo real, acaba por generar una preocupación exagerada. En el caso de la vigorexia, bautizada también como la anorexia de los años noventa<sup>23</sup>, las personas afectadas dedican su vida a tener un cuerpo musculoso. Cada una de estas patologías es un trastorno mental diferente, pero sus afectados siguen un mismo patrón de comportamiento, (aunque no siguen el mismo patrón causal), todos acaban convirtiéndose en personas obsesionadas con una parte de su físico, que además pueden sufrir otros problemas mentales asociados, como ansiedad, depresión, fobias y distorsión de su propia imagen. La anorexia, trastorno más común en el sexo femenino que según Diario 16, (11.2.1999), afecta en España a una de cada veinte adolescentes de entre dieciséis y dieciocho años, produce una incapacidad de aceptar algunas partes del cuerpo y se ven siempre gordos, aunque estén en los huesos. Los afectados de vigorexia, que se ven delgados; aunque estén musculados en exceso, y la imagen que obtienen de su nariz o de sus orejas las personas que se miran al espejo y sufren dismorfia corporal es la de tres veces o más su tamaño real.

<sup>23</sup> Podemos destacar como el hecho de llamar a esta enfermedad la anorexia de los noventa, no es más que el fruto de una comprensión errónea de los TCA propiamente dichos, puesto que en la profundización de estas enfermedades se ha descubierto un conjunto de causas que van más allá de la adoración a la delgadez.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## I.5. PERSONALIDAD Y DEFINICIÓN DE LOS ENFERMOS DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### I.5.I. PERSONALIDAD JOVEN. LA AUTOIMAGEN Y LA AUTOESTIMA.

Los jóvenes de hoy necesitan sentirse identificados, su individualismo tiene dos líneas de actuación, una referente a su *diferenciación* y otra referente a su necesidad de *igualdad*, de sentirse identificados con sus congéneres, ambos son los pilares de la formación de la personalidad. Cuando la única manera de ser es ser uno mismo, distinto de los demás se necesita encontrar respaldo material y cultural para diferenciarse, y el cuerpo como materialidad, es el mejor soporte de la cultura, se trata de un nuevo marco de actitudes y convicciones, y según dice F. Ortega, (1993), se trata de

*“Más que compartir estilos de vida comunes lo que se hace es coexistir buscando áreas propias de afirmación del género, que una vez trasladadas al ámbito de la individualidad, lo que se percibe es ante todo como una posibilidad de desarrollo personal. En este ámbito individual existen dos esferas, la privada copada por la mujer y la pública copada por el hombre”.*

Por encima de esto está lo que F.Ortega (1993). Llama,

*“las representaciones culturales del género o conjunto de convicciones que bajo la forma de estereotipos, se convierten en conocimiento social que guía los comportamientos”.*

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En realidad la juventud de hoy aparece más *homogénea*, las ideas culturales pertenecen por igual a ambos sexos y el perfil de personalidad es el mismo siempre y cuando los criterios sean de tipo generalista y se obvian claramente las diferencias sexuales. La tendencia a lo homogéneo hace a la mujer diferente de la mujer y parecida al hombre y por tanto preocupada por sus intereses y su estética andrógina, como se representa a la mujer de los noventa.

Los criterios fundamentales de la forma de ser, son la *simpatía*, la *sinceridad* y la *inteligencia*, la simpatía corresponde a las aptitudes adecuadas para tener éxito social, la sinceridad es el correlato psicológico del fuerte individualismo actual y la inteligencia pone de relieve la asunción de un principio individualista como es el de la meritocracia. Aquel que sepa aunar a su modo las tres esferas y experimentar el deseo de ser él mismo, sacando partido a su personalidad, sabrá como vencer en la vida, y como enfrentarse a la dura tarea de crecer y vivir madurando día a día en un mundo competitivo como el nuestro.

Analizando el contexto que mujeres y hombres comparten, vemos como la fuerza bruta por un lado y la apariencia externa por otro, forman parte de la naturaleza física de hombres y mujeres, siendo la primera más propia del hombre y la segunda de la mujer, ya que si se analizan los elementos integrantes de la presencia externa, como pueden ser la belleza, la buena imagen, la elegancia, nos damos cuenta que estas características se predicen más entre las féminas. La buena presencia es importante para el éxito personal pero no social aunque la realidad es que la mujer social<sup>24</sup> necesita un requisito previo que cumplir y es el de la buena presencia, la mujer tiene un valor más cosificado que el hombre, la sorpresa que surge es que cada vez más hombres se unen a esta tarea del cuidado externo por lo que se diferencian de sí mismos para aproximarse a las mujeres en sus características hasta entonces privados de ellas.

Entre estas características de hombres y mujeres, en la actualidad, los jóvenes han ido perdiendo fuerza bruta, para ganar en ternura y como hemos anunciado, los roles se intercambian quedando la mujer en desventaja puesto que los hombres se instalan en su esfera pública mientras que la mujer joven ha salido de su

<sup>24</sup> Llamamos mujer social, a la mujer que desarrolla su vida la mayor parte del tiempo fuera del hogar, por exigencias laborales.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

espacio privativo y organizado, el hogar, a competir con los hombres fuera, sin dejar de cuidar de la familia y el hogar.

Por otro lado y una vez hemos planteado el contexto social de nuestra realidad tendremos que definir las funciones de la juventud, y sus papeles en esta sociedad. Los jóvenes de hoy se esfuerzan en la búsqueda de su propio autoconcepto, el cual se compone de *la autoimagen y la autoestima*. J.C. Pearson (1993):

**La autoimagen** consiste en aquellos aspectos físicos autodescritos, o bien que pertenecen a los roles que desempeñamos a lo largo de nuestras vidas.

**La autoestima** consiste en la imagen que poseemos de nosotros mismos. Si a nuestra propia autodescripción, le unimos un sentimiento de satisfacción, procedente de la forma en que hemos hecho frente a nuestras propias responsabilidades, o le unimos un sentimiento de culpa, o un comentario sobre la dificultad a la que nos hemos visto obligados a hacer frente, al soportar las presiones, entonces estamos refiriéndonos a la autoestima, o autovaloración de nosotros mismos y con referencias a las metas que valoramos y que nos proponemos. Existe en muchos casos una falta de correlación entre la imagen que tenemos y la sensación de autoestima que padecemos, se puede dar el caso como ocurre en los enfermos de TCA, que su enfermedad se haya producido por falta de autoestima, siendo en muchos casos personas agraciadas y envidiadas por sus amigos.

### **I.5.I.I. LA AUTOIMAGEN.**

**En el desarrollo de la autoimagen** que cada uno tiene, se diferencia una fase biológica y una parte de socialización. Nuestro código genético nos hace hombres o mujeres sin poder elegirlos, pero será la socialización la que nos haga realmente de uno u otro sexo y condición, la explicación de la actual diferencia entre hombres y mujeres y que en la mayoría de los casos nos hace ser correspondientes a nuestro sexo es que la educación es diferente para unos y otros y aunque creamos en muchos casos que la base genética va marcándonos desde pequeños la explicación real es que nos empiezan a educar desde pequeños para ser "fuertes y robustos o dulces y monas". La excepción a esto es la proliferación de hombres y mujeres que se sienten identificados en todo con el otro sexo, menos físicamente y que eligen cambiarlo después de haberse socializado de manera distinta a como les correspondería. El elemento que influye más en la

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

socialización y que de alguna manera determina los caracteres necesarios de la personalidad de los enfermos de TCA y del resto de la juventud es fundamentalmente, la familia, donde la madre tiene un papel muy importante ya que los hijos en muchos casos se sienten identificados con ella en muchos aspectos, más que con el padre, puesto que esta mantiene unos vínculos más fuertes con los hijos. Por otra parte los trabajos de socialización de influencia paterna están más encaminados a los aspectos lúdicos del desarrollo infantil. J.C. Pearson (1993).

Los juegos influyen también en la definición sexual puesto que existen juegos de hombres y de mujeres y además juguetes para niños o niñas, esto hace que generalmente no se suele representar en la publicidad, a hombres jugando a juegos de mujeres y al contrario. Las niñas tienen una percepción limitada de su futuro y las aspiraciones profesionales están directamente relacionadas con su educación.

### **I.5.1.2. LA AUTOESTIMA**

La autoestima es más importante que la valoración de la imagen real de nosotros mismos porque de la falta de autoestima viene la falta de percepción de la imagen adecuadamente. Si la autoestima es baja como sucede en las enfermedades de TCA, las imágenes corporales de la identidad personal se destruyen de la misma manera. En general los cambios en la autoestima vienen determinados por otros elementos más influyentes que el propio sexo, algunos autores explican como las diferencias de sexo no influyen en el nivel de aceptación personal, pero aunque no están relacionados directamente, sí se asocian a otras variables como la percepción corporal de la que el hombre está más satisfecho generalmente que la mujer.

En los lugares comunes de desarrollo como los centros escolares, o el grupo de amigos pueden generarse elementos que den lugar a una baja autoestima, ya que algunos niños se sienten directamente influidos por los comentarios de sus compañeros y profesores y en muchos casos, una crisis de personalidad puede crear depresiones que desemboquen en bajas autoestimas que además son más propias en las mujeres puesto que estas tienden a valorar más como dice J.C. Pearson (1993) las amistades y relaciones personales que sus propias habilidades, excepto cuando la habilidad es bastante destacada respecto del resto, por ejemplo, las chicas con

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

facultades musicales tienen más tendencia a fortalecer su autoestima que las que no tienen esta habilidad.

La autoestima personal está íntimamente relacionada con la percepción del Yo ideal, todos tenemos puesto nuestro ideal en alguien como el que nos gustaría ser, cuanto mas jóvenes, la tendencia a idealizar más platónicamente un yo ideal es más acusada, de manera que intentamos parecernos a seres casi inexistentes como ocurre con las jóvenes que desean imitar a las modelos o actrices, y de las cuales poseen como objeto de comparación sus fotos e imágenes en la mayoría de los casos retocados.

El concepto de nosotros, evoluciona con la edad y es en la adolescencia donde la trasgresión y diferenciación se hace más acusada, porque mientras eres niño esperas crecer y cambiar, pasar de ser patito feo a cisne, con la llegada de la adolescencia el cambio se hace brutal, el desarrollo llega con la sensación de ser diferentes y de marcar unas líneas de vida imposibles de cambiar. En general, el problema de la autoestima está directamente relacionado con la capacidad de valorarnos por nuestro interior, nuestra autoestima será más fuerte si valoramos que este interior marca las pautas de nuestro actuar y desechamos la percepción personal de aceptar que nuestras líneas de actuación vienen marcadas desde fuera por otras personas, lo que nos hace ser inseguros. En general parece que las jóvenes necesitan esta aceptación externa, en mayor medida que los jóvenes.

Según J.C. Pearson (1993), "la mujer se acepta así mismo mejor que el hombre", pensamos que esta afirmación no es cierta desde el momento en que la sociedad actual persigue a la mujer, la cual debe demostrar en todo momento su capacidad de trabajo, de cuidar de sus hijos y de cuidar su cuerpo, en definitiva no se las deja estar tranquilas, lo que hace que las presiones acumuladas degeneren en trastornos de la autoestima y si se une a esto la edad adolescente, se degenera posiblemente en trastornos del comportamiento alimentario u otras enfermedades psicológicas.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.5.I.3 RASGOS DE LA FALTA DE AUTOESTIMA Y DE LA PERSONALIDAD EN LOS TCA.**

Los rasgos de la falta de autoestima se centran en la creencia de que la figura determina la valía y la dependencia de factores exteriores para determinarla.

Cuando uno piensa en sí mismo como inútil o incompetente, es más probable que la falta de autoestima se apodere de sí mismo. Para evitarlo es posible pensar en aquello que uno haga bien, en como le saca partido a sus méritos, pensar en por qué es tan importante tener un aspecto determinado, en lo que cambiaría nuestra vida sin esta preocupación. Es necesario aceptarse y mirar alrededor para percatarse de la falta de perfección existente, apoyándonos en personas que nos aceptan y quieren como somos por dentro.

Es fundamental hacer un comentario sobre los aspectos estructurales de la psicología de los pacientes de TCA, en los cuales se adivinan unos rasgos de personalidad definidos y una bajísima autoestima, que es un desencadenante de tipo personal de los TCA entre otros elementos, tanto de tipo físico como psicológico, que repercuten directa o indirectamente sobre el sujeto, como pueden ser un incendio, un bombardeo, un accidente infantil, la pérdida de un ser querido, la separación del hogar, un suspenso, fracaso sentimental, desengaño social, escrúpulos religiosos.<sup>25</sup>

Para Florez Tascón, (1962), el conjunto de aspectos psicológicos y de personalidad conducentes a una anorexia son los siguientes:

*“Niñas caprichosas, con caracteres femeninos poco acusados, inestables volubles, introvertidas, disimuladas y mitómanas con imaginación exuberante, con propensión al exhibicionismo y a la novelaría, que hacen gala de un intelectualismo superficial, con desprecio por las preocupaciones materiales, sugestionables, histeroides, egocéntricas y vanidosas, con desprecio hacia la supuesta incultura e incompreensión de sus padres”.*

<sup>25</sup> En la literatura, la religión era motivación de las anorexias históricas, como Catalina de Siena..A.Guillemot et al . (1995)

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS TCA. CLASIFICACIÓN
<b>I.5 ¿QUIÉN DESARROLLA TCA?</b>
I.6 ANOREXIA
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Esta cita desde luego no tiene desperdicio si el propósito de la misma es herir la sensibilidad de cualquier enfermo que la lea, da la impresión que las pacientes de anorexia no son menos que un conjunto de niñas tontas, repelentes y antojadizas a las que les ha dado por no engordar como capricho, para que sus padres pudientes y adinerados les compren el último "modelito" de temporada. Nos quedará la duda de si es realmente así como eran las enfermas de 1969, que pertenecían a clases más altas, hoy en día esta descripción está ampliamente superada pues las enfermas, aunque exista alguna excepción que presente los síntomas descritos, en realidad no responden a este prototipo descrito y presentan un cuadro diferente, ya que esta enfermedad va mucho más allá de vanidades y narcisismos, pues sus causas son mucho más complejas..

En cuanto al tema de la clase social, volvemos a comentar la opinión del citado médico, superada en la actualidad por multitud de investigaciones, para Flórez Tascón, en consonancia con el párrafo anterior la anorexia despierta en un cuadro familiar peculiar, a veces modesto económicamente, las menos, las más en una familia adinerada, que según describe el autor no son más que unos advenedizos de la riqueza, que conscientes de su incultura, fracasan en la educación de sus hijos convirtiéndolos en "idolillos malcriados" que ejercen una tiranía afectiva sobre sus madres principalmente. Como ya hemos comentado, la anorexia para este médico no es una enfermedad epidémica y grave sino más bien una enfermedad inventada, respuesta a una pataleta propia de chicos/as repelentes.

Todos sabemos como la verdadera esencia del carácter de la enfermedad se encuentra en la respuesta a la dificultad para la adaptación social al mundo, ante el cual el joven se amedrenta y se esconde en una alteración de conducta fundamentalmente de tipo alimentario, que conlleva una alteración de la personalidad, y una baja autoestima que hace fácil el abordaje a un cuerpo que empieza a ser débil por la falta de alimento. La sensibilidad propia del carácter de los enfermos unido a la terrible tiranía que los enfermos ejercen con sus cuerpos, atrae un estado de profunda tristeza y sufrimiento a sus jóvenes vidas, muy por encima de cualquier comportamiento caprichoso.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.5.2. ¿QUIÉN CONTRAE LOS TCA?**

Probablemente ya estemos en circunstancia de analizar como las personas que padecen un TCA gozan de una personalidad pobre, de baja autoestima, se sienten fuera del mundo que les ha tocado vivir y por ello conceden demasiada importancia al físico y al aspecto corporal, además de sentir un temor exagerado a engordar, y una profunda insatisfacción personal.

Es importante describir que la anorexia y la bulimia son dos trastornos diferentes pero que se solapan e incluso pueden padecerse a la vez o sucesivamente. Todo esto nos presenta un panorama donde los jóvenes son protagonistas y donde se demuestra que los adolescentes enfermos, no siguen pautas de comportamiento aparente y ni siquiera su tratamiento resulta homogéneo, sino que existe un elemento diferenciador siempre en cada caso, que obliga al terapeuta a preocuparse por la persona y no por la enfermedad, ya que según el caso la enfermedad será única y diferenciadora.

### **I.5.2.I. LA ADOLESCENCIA.**

La adolescencia es un fenómeno universal y homogéneo, que presenta diferencias según las épocas, es de destacar que cada sociedad promueve un tipo diferente de adolescentes y la nuestra preconiza un tipo de adolescentes en los que el cuerpo se encuentra como principal elemento de conflicto unido a la problemática de separación e independización y al narcisismo. El cuerpo sufre transformaciones, y se convierte en el punto de referencia para cualquier desarrollo de la personalidad, aún sin identificarse, el adolescente usa su corporeidad para adaptarse a un grupo de personas que viven su vida paralela a la suya, se adaptan a la moda, y de ahí la influencia de ésta en la adolescencia. La adolescencia presenta dos aspectos fundamentales, por un lado la necesidad de dominar su cuerpo que cambia y les asusta porque ya no lo controlan y por otro lado la necesidad de establecer una regresión a épocas de protección y de acogida familiar permanente. Por otra parte el conflicto de los adolescentes empieza cuando además de su lucha personal entablan una lucha por la liberación y por encontrar un camino adecuado, además de separarse de la autoridad paterna y de los juegos infantiles, los objetos de interés cambian incluidos los objetos de sí mismo, y el propio cuerpo se erige como nuevo objeto de interés.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El punto de referencia siempre será la sociedad cada vez más compleja, que de alguna manera marcará el rasgo definitivo de la adolescencia, del peso del culto al cuerpo, del deseo de objetivarse fuera de cada uno mismo, del constante interés narcisista, la sociedad pone su nota de color y cuanto más compleja se vuelve, más difícil hará la adaptación de los nuevos jóvenes, ante el sufrimiento que esto ocasiona nacerán multitud de patologías centradas en esta problemática, entre ellas las más comunes son las adictivas y las de trastorno de la conducta alimentaria, según A. Guillemot (1994), los problemas unidos a la adolescencia por un lado y a la femineidad por otro, explican el desarrollo imparable de este fenómeno. El desarrollo de la adolescencia y el papel de la mujer en el contexto sociocultural ha propiciado el desencadenamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Hoy en día ser adolescente es un privilegio del que gozan los jóvenes de trece a dieciocho años, una época dorada de la vida donde uno se dispone a dar el salto al mundo cruel de los adultos. No siempre ha existido como tal desde que Hall(citado en G.Morandé,1990) la define, hasta hoy, las cosas han cambiado. Mucho antes de la época actual, la adolescencia en otros tiempos no era más que un peldaño a subir para pasar a ser adultos, un peldaño así de corto y simple, ya que la infancia se acababa para adoptar roles sociales propios de la perpetuación de la especie, trabajo, responsabilidades familiares... Hoy en día la exigencia social y la dificultad de acceder al mundo laboral así como la extensión de los estudios incluso después de haber terminado una carrera universitaria, hace que este periodo se extienda y más que un escalón sea un puente que hay que cruzar para llegar al otro lado, el mundo adulto. Los adolescentes tienen la fuerza y el vigor de la infancia pudiendo disfrutar del deseo de crecer de ser hombrecitos y mujercitas, de poder experimentar otras experiencias y sensaciones, de relacionarse, empezar a salir a discotecas y bares con el objeto de divertirse, y con la irresponsabilidad de no tener una cabeza lo suficientemente "bien amueblada" aún, para poder tener responsabilidades sobre ellos mismos. No todos los chicos llegan a este momento con las mismas ganas, ya que a otros les cuesta hacerse mayores, tener que fijarse en ellos mismos, mirarse y descubrir que su amigo es más guapo o que su amiga está mas delgada, estos chicos a los que les cuesta dar el salto y para los que en muchos casos el hecho de cruzar el puente es un calvario de hospitales y lágrimas de soledad y de insatisfacción, es a los que nos referimos como enfermos de la conducta alimentaria, ellos son los sujetos de la historia, una historia donde la publicidad en una cultura de la imagen, es el pan de cada día ya que aparece asociada al juguete por

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

excelencia de niños y mayores “la televisión”, también en revistas, vallas... todo este panorama publicitario parece ser el decorado perfecto del siglo XX, y estos jóvenes son producto de este siglo son “colegas de la publicidad”, viven en ella visitando sus tiendas en una simbiosis agradable, ya que despierta sus rasgos de identidad, vistiendo de una determinada manera, o comiendo un determinado alimento, la adolescencia es el momento de crear los esquemas y donde aun no se tiene bagaje suficiente para ello, por lo que los estímulos que le llegan son la base de sus elementos de juicio, sus pasiones, sus costumbres, y aquí está la publicidad, asomándose a la ventana para que chicos y mayores la vean, disfruten o sufran a veces y formando parte del contexto social que todos hemos edificado.

La anorexia y bulimia aparecen en la edad puberal cuando el cuerpo empieza a cambiar y a jugar malas pasadas a las/los adolescentes, que no pueden evitar fijarse en el modelo vigente, hasta el punto que los estereotipos lleguen a enfrentarse contra el propio cuerpo. La imagen corporal como autoimagen, el temor a tener el cuerpo como el padre o la madre, una pubertad precoz, un accidente desfigurador, las críticas o mofas, fracasos amorosos,... afectan a todas las áreas del desarrollo afectivo, personal, comportamental y de relaciones humanas que pueden desencadenar el adelgazamiento, también es importante la presencia en las/los adolescentes de otros trastornos psicopatológicos igual o más influyentes que lo dicho.

Estos trastornos a los que nos referimos, los TCA, son propios de los adolescentes por lo que si aparece en edades adultas debe realizarse un buen diagnóstico diferencial para evitar confusiones con otras patologías. Por otra parte, no existe ninguna razón biológica para que la anorexia y bulimia se den en la adolescencia, pero sí las hay psicológicas como ya hemos dicho, ya que en la edad de la metamorfosis, usan su cuerpo como herramienta para autoafirmarse en sus propios intereses, y empiezan a aparecer los rasgos diferenciadores que en muchos casos se niegan a aceptar buscando la uniformidad. En esta adolescencia donde uno empieza a madurar a ser él mismo, la influencia de aprobación o desaprobación viene del grupo coetáneo de los amigos, y por tanto compartir, encarnar y secundar los valores coetáneos, está íntimamente relacionado con el grupo. Incluida entre estos elementos de adaptación, se encuentra la imagen personal y la aceptación de sí mismos que no tiene nada que ver con lo que realmente pensemos de nosotros, sino que depende de lo que los demás piensen. Pero el cuerpo en evolución, se plantea no cómo es, sino cómo

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

debería ser y la unión de la esperanza y la posibilidad de moldear algo en evolución presenta un atractivo especial a la juventud, a propósito de la esperanza de identificación nada que decir, existe, y la identificación es inevitable con modelos, actrices... pero la ingenuidad es grande cuando se pretende actuar sobre algo, el cuerpo donde la naturaleza decide en el 90 %, de ahí la frustración de los jóvenes y de ahí la lucha entre lo que los amigos, el novio, la madre, quieren y lo que el cuerpo ajeno a disquisiciones hace.

En la época actual en general, existe una enorme dificultad para darse ese momento de sociabilidad que se produce a través de la comida, hoy en día no es difícil ver a los adolescentes que inundan las hamburgueserías y locales de "fast food", comiendo sin mesa, la mesa ha desaparecido, y cada día el aprendizaje en torno a este utensilio eminentemente familiar se va perdiendo. Muchos aseguran que la forma de prevenir los TCA, no está más allá de enseñar hábitos de comida a los jóvenes, incluso se cree más efectivo este aprendizaje que dar información sobre la anorexia y bulimia, puesto que genéricamente ante la sensibilidad actual podría dar más ideas que pautas de ayuda. Según (Steimberg, citado en Beker et al. 1996) Hemos olvidado poner la mesa, o hacer sobremesa. Estos son lugares olvidados donde se construían vínculos, se escuchaba, se aprendía y se compartían escenas de la vida diaria entre padres, abuelos o hijos.

Por otra parte frecuentemente vemos familias frente al televisor compartiendo con otras familias sus vivencias, a la vez están expuestos a la publicidad, que les muestran alimentos nuevos, más enriquecidos, vitaminados, preparados dietéticos que parecen ayudarnos a hacer la vida más ágil, debido a los desórdenes de horario habituales que ocasionan las jornadas laborales, las jornadas escolares... En realidad los adolescentes no se perciben como figuras en proceso de maduración, sino ya elaboradas con un peso y estatura determinados y no tienen conocimientos de sus necesidades nutricionales. En pleno brote puberal el metabolismo es muy sensible a las restricciones calóricas. Esto se agrava si además hay disminución del aporte proteico, y la consecuencia no es sólo la pérdida de peso, sino también el retardo de crecimiento y/o una talla final más baja.

Es probable que los adolescentes sean más sensibles y estén más preocupados por su peso y sean más susceptibles a los mensajes que equiparan

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

delgadez con belleza y éxito, y seleccionen aquellos ambientes coherentes con sus predilecciones. Los patrones normativos por alcanzar pesos muy bajos son muy fuertes, típicos del clima social actual y acompañados de un pobre soporte para el desarrollo psicosocial, promoviendo pues la realización de dietas y el excesivo ejercicio físico.

Por otra parte es necesario diferenciar en la adolescencia los desórdenes transitorios de la conducta alimentaria o psicológica propios de la adolescencia, de otros trastornos graves del comportamiento alimentario (Pasqualini et al. En Beker et al. 1996), algunas de estas crisis adolescentes propiamente dichas, incluso pueden desarrollar alguna conducta anoréxica o bulímica, de carácter leve, y pasajero si se orienta bien.

El adolescente transcurre por una etapa vital que se caracteriza por múltiples cambios corporales que no pueden ser integrados con facilidad a su imagen corporal. Esa es la imagen interna que se tiene del propio cuerpo y en ella se sustenta la autoestima, que es fundamental para el intercambio y desarrollo social del individuo. La inestabilidad adolescente se agrava por la poca tolerancia de los jóvenes a las desviaciones de su esquema corporal frente a los patrones culturalmente aceptados.

### **I.5.2.2. EL PERFIL DE LOS ENFERMOS**

En general no se cuenta con estadísticas absolutamente fiables, al menos en España, que puedan darnos informaciones veraces debido a las características de los trastornos, los cuales son muy difíciles de descubrir y diagnosticar, por el carácter secreto que adoptan las enfermedades entre los pacientes.

La Anorexia nerviosa es una de las enfermedades crónicas más común en mujeres adolescentes y se estima según ADANER(1998), (Asociación en Defensa y Atención de Anorexia Nerviosa y Bulimia) que ocurrirá en 0.5% a 3% de todos los adolescentes, en torno a la finalización de la primera etapa de la educación, aunque todos los grupos de edades son afectados.

Los datos sobre bulimia se prestan igualmente a oscilaciones poco fiables, desde cifras que aseguran la prevalencia de bulimia nerviosa (ADANER,1998) entre mujeres jóvenes que varía del 4% al 10%, hasta autores como M. Borel, (citado en E. Beker, et al. 1996), para los que la prevalencia de bulimia es un poco más baja, entre

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2% y 3% de los adolescentes jóvenes. Algunos expertos entienden que este problema está sumamente subestimado ya que muchas personas con bulimia son capaces de ocultar sus purgaciones y no se vuelven perceptiblemente enflaquecidas.

#### I.5.2.2.I. EDAD

Los enfermos de anorexia son generalmente mujeres de una edad entre los catorce y dieciocho años, como época de mayor riesgo, aunque los estudios sitúan entre los doce y los veinticinco años. las edades en las que pueden aparecer los trastornos de la alimentación. (J. Toro y E. Villardel, 1989). Estas han sido, tradicionalmente, las horquillas de edades más comunes entre los enfermos de TCA, siempre y cuando estereotipemos la enfermedad. Hoy, los trastornos de la alimentación se han saltado las barreras sociales e incluso, las fronteras de la adolescencia.

*"La anorexia, por ejemplo, se ha universalizado. Ahora afecta a todas las clases sociales y empiezan a presentarse casos de personas que sobrepasan la treintena y que sufren este trastorno", afirma el doctor G. Morandé (1990).*

Treinta mujeres británicas de 60 años, que han sido diagnosticadas de anorexia nerviosa, es uno de los ejemplos presentados, durante la celebración de las jornadas sobre TCA, del 19 enero 1999, a cargo de la doctora Mabel Bello, que mejor ilustra la nueva personalidad de esta patología. Aparece, como ya hemos señalado, normalmente entre los doce y dieciocho años, aunque la mayor virulencia se da en torno a los catorce. Hoy, las nuevas investigaciones eliminan la edad del cuadro diagnóstico por haberse extendido notablemente los límites a todas las edades, como ya hemos ejemplificado.<sup>26</sup>

Algunos autores como Halmi, coincide en 1981 (citado en A.Guillemot, 1994) con la horquilla de edad descrita, siendo éste el momento en que la dependencia familiar se ve más alterada. Según J. Toro y E. Villardel (1989) la media de edad está entre los doce y veinticinco años de edad, siendo el periodo más vilureto entre los doce

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

y dieciocho, aunque esta etapa no condiciona la aparición, es en este periodo donde se dan las mayores transformaciones psicológicas, físicas y culturales.

Para otros autores igualmente citados en (A. Guillemot, 1994) como P. Hardy y N. Dantchev, 1980, la horquilla de edad de los pacientes es menor y se generaliza la aparición de la enfermedad a los dieciséis ó diecisiete años.

La realidad es que los pacientes, normalmente acuden al terapeuta cuando la enfermedad lleva normalmente unos años de evolución, pero es de destacar que el comienzo de la enfermedad puede darse mucho antes teniendo en cuenta que existen casos incluso de niñas/os prepúberes, habiendo casos de hasta once años o menos, incluyendo algunos casos de niños tan pequeños como de seis años. El tiempo medio de desencadenamiento de la enfermedad antes de acudir al hospital es de aproximadamente año o año y medio como mínimo o incluso más, en la mayoría de los casos. Tenemos que decir que los casos de anorexia de tipo bulímico (G. Morandé, 1990) tienen una continuación más larga en el tiempo. La bulimia con frecuencia es diagnosticada después de la edad de dieciocho años y se ha incrementado a un paso más rápido que la anorexia a través de los últimos años.

En general casi todos los autores coinciden en una mayor presencia de trastornos bulímicos que anoréxicos aunque según las condiciones sociales y culturales de cada país este porcentaje varíe. Lo que sí es real y uniforme es la disconformidad de los adolescentes con su cuerpo que es patente en la actualidad. Las chicas siempre han presentado mayor disconformidad con su cuerpo que los chicos, y de la misma manera es mucho más corriente encontrar desorden alimentario en mujeres que en hombres.

Apoyándonos en entrevistas y conversaciones exploratorias realizadas a un grupo de niñas sanas, respecto a su actitud hacia el cuerpo y la comida, se destaca como, las niñas prepúberes comían cantidades de comidas apropiadas a sus pesos corporales y estaban satisfechas con sus cuerpos. Después de la pubertad, las niñas comían casi tres cuartas partes de la comida recomendada, tenían una autoimagen más pobre y las sensaciones de depresión incrementaban con consumos de comida mayores. Estas no eran niñas con trastornos del comportamiento alimentario, pero la

<sup>26</sup> En el recuento de llamadas de enfermos, recibidas en ADANER, primer cuatrimestre de 1998, se aprecia como la persona más joven que ha pedido ayuda es de 8 años y la mayor de 72 años.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

pequeña exploración indica como esta edad vulnerable, puede hacer a los adolescentes susceptibles a los factores que causan los trastornos.

#### I.5.2.2.2. SEXO y TIPOLOGIA

Lo que si es una absoluta realidad es que se trata de unas patologías de carácter eminentemente femenino (Halmi, 1974; Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980) citados en A. Mateos y N. Solano (1997), aunque no única de este sexo. La gran mayoría de pacientes - cerca de 90%- son mujeres. Aunque sólo entre el 3% y el 10% de anoréxicos son hombres, su número se está incrementando en la actualidad alarmantemente. Aun así y debido al desconocimiento de los casos masculinos, la proporción se estima en torno a diez mujeres por cada hombre, algunos piensan que la desproporción no es tan grande, lo que sucede es que pasan más inadvertidos, ya que en ellos no existe el signo alarmante de la amenorrea.

En el caso de la patología bulímica, aunque los datos son poco fiables dado la falta de estudios serios al respecto, la tendencia dice que entre el 2% y el 20 % de los bulímicos son hombres. Como ya hemos anunciado, al igual que en la anorexia, están apareciendo trastornos bulímicos o cuadros mixtos cada vez en chicos más jóvenes. El porcentaje de varones enfermos ha aumentado en los últimos cinco años, sin que haya nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. Según la investigación realizada por G. Morandé(1990), los datos sociodemográficos arrojados de una muestra de ciento diez casos distribuidos en anoréxicas típicas, atípicas, bulimaréxicas, anorexias depresivas, bulimias; al analizar el sexo de la enfermedad, nos encontramos que la mayoría de los casos son mujeres, literalmente más presionadas que los hombres para mantener su físico; de los casos vistos sólo diez son varones de los cuales uno era anoréxico típico, otro bulimaréxico, tres depresivos y cinco anoréxicos atípicos. En este estudio se aprecia como entre los varones, aparecen generalmente mayor número de antecedentes patológicos en la infancia, un tardío desarrollo sexual secundario, lentitud en el aprendizaje del lenguaje, antecedentes de carácter psiquiátrico en los hermanos, en su infancia no han disfrutado de ser unos chicos bien adaptados y han sufrido más hospitalizaciones previas además de tener conductas purgativas mas acusadas.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los factores de riesgo para hombres, incluyendo un autoestima pobre y una incidencia más alta de lo normal de los abusos físicos y sexuales durante la niñez, corroborado por el estudio de G. Morandé (1990), en donde los varones aunque poco representados, tenían mayor tendencia a padecer otros trastornos psicosomáticos en la infancia y venían de una situación familiar más caótica.

Según J. Toro y F. Vilardell (1989), los hombres tienden a tener alteraciones del peso previas a la enfermedad por diversas causas como haber sido obesos en la infancia, que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, o la práctica de algún deporte como la natación, o el hecho de que sus familias padezcan algún trastorno o enfermedad como diabetes, enfermedades coronarias... Por otra parte, a nivel social, es mucho más clara la tendencia masculina hacia el ejercicio físico a través del cual intentan la definición de sus cuerpos, lo único que parece diferenciar a hombres y mujeres es que el varón busca la pérdida de grasa y el aumento de volumen para salirse de la categoría de peso pluma, mientras las jóvenes pretenden perder el volumen. Por tanto es diferente el elemento ideal que buscan hombres y mujeres siendo el hombre el que más desea no estar gordo, en lugar de estar delgado y mantenerse en forma, aumentando su desarrollo muscular. Los hombres son muy susceptibles de poder ocultar un trastorno del comer, ya que no padecen de amenorrea, y su delgadez llama generalmente menos la atención, haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostique. Entre los hombres como en las mujeres, lo que inicialmente es una anorexia nerviosa constituye más bien un trastorno del comportamiento secundario a un trastorno afectivo, quiere decir que el joven ha comenzado con un estado de malestar y tristeza, tras el cual se desarrolla un estado de desinterés por la comida. Las consecuencias terminan siendo las mismas que las que padece una joven cuando deja de comer, aunque con algunas variaciones en cuanto al deterioro físico y psicológico.

Entre los varones es más frecuente el interés por el consumo de anabolizantes que por otra parte, ha ido saliendo del marco deportivo para irse acercando al deseo de definir la musculatura y para ello se toman en gimnasios no profesionales con el objeto de tener una mejor apariencia física. El uso de estas sustancias, derivados de la testosterona se ha extendido hoy en día más rápidamente,



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

los mismos nacieron con su administración a los soldados en la segunda guerra mundial para hacerlos más agresivos, y que los deportistas tomaban para aumentar su potencia y estimular el desarrollo del tejido no graso. Por otro lado tenían serias contraindicaciones en la salud como, impotencia, reducción del tamaño de testículos, pérdida del colesterol bueno, y riesgo de infarto súbito.

Algunos autores han intentado determinar las diferencias entre la anorexia masculina y femenina, y aunque a nuestro entender sin mucho éxito, ponen la diferencia en elementos como por ejemplo la hiperactividad, que parece ser más propia en el cuadro femenino mientras que en el masculino se tiende más a la apatía. Los autores han intentado explicar por qué se da la anorexia más en mujeres, J.E. Meyer considera el síndrome despersonalizador de la pubertad masculina, gozando el hombre de una menor dependencia familiar y personal. Otros como M. Ries y otros (citados en De Ajuriaguera, 1987) dicen que la diferencia estriba en la mayor capacidad de autoafirmación de los hombres frente a la mujer. En general, y sin poder dar una explicación clara a estas diferencias entre hombres y mujeres, se tiende a identificar los caracteres más sólidos de estas enfermedades con aspectos de tipo femenino, aunque el sentido común nos habla genéricamente de :

- adolescentes solitario/as, sin intereses ni objetivos que tienden más a un plano corporal, y que no encaran su futuro con solidez y decisión.
- adolescentes inmaduro/as, que en la adolescencia sufren una fuerte regresión a la infancia y se sienten desprotegidos ante la sociedad.

Aunque algunos autores aplican el mismo esquema de riesgo de padecer los TCA para hombres y mujeres, otros como H.Bruch y P.J.V. Beaumot (citados en De Ajuriaguerra, 1987) insisten en explicar las diferencias de tipo psicológico relacionadas con aspectos femeninos y masculinos, ya que según los autores, la anorexia masculina se da en chicos con una predisposición particular, como si la anorexia no se diera en chicas con una predisposición también particular.

En el análisis de los TCA masculinos debemos destacar por otra parte, la incidencia de la homosexualidad en los enfermos de TCA. Contrario a la opinión popular,

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

la homosexualidad no es un factor de riesgo para la anorexia, puesto que no se ha demostrado científicamente dicha relación en la observación de los casos, no pudiendo hablarse en ningún caso de un factor que sea especialmente predisponente. Por otro lado algunos mantienen la afirmación de que un gran número de los hombres con trastornos de la alimentación son homosexuales, puesto que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, más bien le exige que sea fuerte. En cambio en el mundo homosexual masculino, la apariencia es un valor apreciado, aunque de cualquier modo no está suficientemente comprobado este aspecto, ya que las divergencias son claras, por lo que nos mantendremos escépticos a tales efectos.

Es poco frecuente en los hombres con estos problemas que el objetivo buscado sea un peso determinado, achicar el talle de la ropa que usan o entrar en un pantalón. Más bien suelen relatar que todo comenzó por querer cambiar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones. Otros sufren la presión de mantener un peso fijo por su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta, como es el caso de los jinetes, los fisicoculturistas, gimnastas, obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados; los bailarines, a quienes se les exige el mantenimiento de un peso más bien bajo; y en cifras que lamentablemente van en aumento, los modelos masculinos. Este panorama no es más que un preanuncio de que a corto plazo, en el mundo masculino también aumentará la presión por una estética que pase más por la delgadez que por un cuerpo proporcionado y fuerte y mucho más importante, sano.

#### I.5.2.2.3. LA CLASE SOCIAL

En cuanto a la importancia de los factores familiares y sociodemográficos que influyen directamente, los autores de diferentes épocas no se ponen de acuerdo al respecto, dando unos, importancia decisiva a la clase social, argumentando que la enfermedad es propia de la clase alta, sobretudo en manifestaciones de anorexia restrictiva, y otros autores creen que la clase alta es propia en manifestaciones bulímicas, (Vandereycken et al. 1991).

En la actualidad la clase social no es decisiva en el desarrollo del trastorno, se puede decir que en los comienzos de la enfermedad tal y como es hoy entendida sí,

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

pero cada vez la extensión de la epidemia se ha hecho hacia todas las clases sociales y condiciones humanas.(Vandereyken et al. 1991, Garner y Garfinkel, 1980, J.Toro, 1985, Morandé, 1990) Garner y Gardfinkel demostraron la tendencia a la igualación en un periodo de cuatro años, donde además de percibir un aumento de casos tratados también percibieron que las diferencias de clase eran menores.

Sin embargo la cuestión no está clara y a propósito de lo anterior destacamos el estudio realizado por Victoria Loureiro en una población de 3º de BUP donde se percibía la diferencia existente entre los desórdenes alimentarios de la población analizada para colegios públicos y privados siendo el porcentaje de potencial desorden para una muestra en torno a los 16,7 años de 16,2 % de potencial desorden en colegios privados y 10,1% en públicos. (V.E Loureiro, 1994 )

Con anterioridad en 1976 Crisp (citado en J.Toro y F. Vilardell, 1989) descubrieron un caso de anorexia al año en escuelas públicas frente a uno de trescientos al año en escuelas privadas. Destaquemos como en el estudio de G. Morandé (1990), la muestra presenta un 34% de enfermos de clase media alta/alta; casi un 42% de la clase media/ media; y un 32,7% de la clase media baja /baja, el Dr. G. Morandé compara estos datos con los mismos de hace cinco años y apoyado por las teorías anteriores de Garfinkel y Garner, descubrió que había descendido en la muestra los pacientes de clase alta a clase inferior en casi un 10%, la clase media había aumentado en casi un 10% y la baja también subió en torno a un 8%.( G. Morandé, 1990)

J.Toro y F. Vilardell, (1989), concluyen de la misma manera, explicando como los trastornos han descendido de clase social:

*“En nuestra experiencia, los T.A.A. se han extendido rápidamente en nuestro medio, desde los sectores altos y medios a los estratos medios y bajos con una programación epidemiológica superior a la descrita en Inglaterra y Canadá. Junto a ello, la capacidad de recuperación familiar y del individuo, curiosamente parecen ser también más rápidas y eficaces al menos según nuestros datos”.*

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En general y aunque algunos estudios digan lo contrario es una verdad a gritos que cada vez hay menos diferencia entre las clases sociales de los enfermos de TCA, por lo que definitivamente no es una enfermedad de la clase alta. En este caso el descenso de clase social puede deberse a la tendencia demográfica general que hace limar las clases altas a favor de una clase media generalizada, no tan lejos de la clase acomodada, por otro lado si en la demografía de nuestro país destaca la clase media y los casos de TCA están cada día más en aumento, la proporción marca que deberían pertenecer a estas clases medias en su mayoría los nuevos enfermos, puesto que los desencadenantes principales están lejos del poder adquisitivo de las familias y si más directamente relacionados con las relaciones mantenidas en el seno de éstas, así como con aspectos de personalidad propios de los enfermos, y de las presiones sociales que hoy en día acechan a todas las clases sociales, porque todos los hogares están abiertos a los medios de comunicación principalmente a través de la televisión.

#### I.5.2.2.4. RAZA Y LUGAR.

Los trastornos del comportamiento alimentario no se limitan a las zonas de nuestro entorno nacional, ya que las tasas son comparables también entre otros países desarrollados.

Según algunos datos estadísticos recogidos de Internet, la estimación de la prevalencia de ambas, bulimia y anorexia, en los Estados Unidos, fluctúan del 2% a 18%, igualmente las mujeres noruegas tienen un riesgo de toda la vida de 1.6% para bulimia y 0.4% para anorexia. (WWW. Psiquiatría. com, 1998). Para M. Borel, et al. (En E. Beker, 1996) en Argentina las previsiones están en torno al 1-4% de la población joven y adulta femenina. Como vemos, el panorama mundial es muy variado y los datos fluctúan asombrosamente según los estudios.

Los Trastornos del comportamiento alimentario son raros en países menos desarrollados, por lo que podemos decir que la anorexia está emparentada directamente con un tipo de sociedad occidental o europea, aunque según A. Guillemot (1994), parece haber sido importada de los EE.UU, algunos autores, hacen hincapié en la falta de casos en la población negra tanto africana como americana. Hoy en día los casos aunque no

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

registrados nos hacen sospechar la incertidumbre de tal afirmación, puesto que la preocupación por el peso es una cuestión mucho más social que de raza.

Para corroborar esto, A. Guillemot (1994) reproduce un texto de novela policiaca ambientada en la América negra donde la protagonista obsesionada por el peso se restringía la alimentación alternándola con crisis bulímicas, el objeto de la novela por supuesto no es médico pero da que pensar, el hecho de encontrar casos documentados a través de la literatura que son reflejo de la sociedad a la que se refiere y que el autor debía conocer previamente.

Entre 1960 y 1970 no se registraron casos de TCA en población negra salvo uno en 1973, para confirmar la excepción de la regla; en los ochenta los casos proliferaron debido al desarrollo de la cultura occidental entre estas poblaciones. En el África negra los casos documentados son muy limitados. Por otra parte, el trastorno se está desarrollando en Japón debido a la occidentalización de estos países. Un grupo de psiquiatras japoneses pregonaban la influencia de la cultura occidental en algunas familias modernas, desarraigadas de la tradición y de posición desahogada, cuna de los trastornos de la alimentación en este país. (A. Guillemot, 1994)

C. Bañuelos (1994), igualmente enfatiza la relación de la sociedad con los trastornos, para afirmar que las poblaciones de otras razas si han sido educadas a la manera occidental, al estilo de las ciudades consumistas, tienen más probabilidad de desarrollar un TCA, como expone en su artículo, se da un 1,1 % de anorexia nerviosa entre las chicas griegas que viven en Munich mientras existe un 0,42% de enfermas entre las que viven en Grecia. De la misma manera cuando se desarrolla algún caso en población de otra raza es porque la enferma ha convivido a la manera y con personas educadas a la forma occidental y por tanto está imbuida de esta cultura.

Como broche a lo que hemos dicho según J. Toro, cerca de 94% de las personas con anorexia son blancas. Cuando aparece en las poblaciones no blancas, no existen diferencias en las características de la enfermedad (J. Toro y cols, 1996)

En cuanto a los síntomas que puedan presentar los enfermos de anorexia y bulimia es de destacar que aunque el abanico es amplio y se repite en todos los casos, independientemente de la raza a la que se pertenezca, la intensidad de los síntomas en

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cuanto a por ejemplo el grado de pérdida de peso y la efectividad de la amenorrea, dependen de la raza e incluso de la zona geográfica donde se de el caso, siendo por tanto muy difícil la unificación de los criterios exactamente iguales para todos los orígenes.

Vivir en la ciudad es un factor acuciante pero no definitivo para el riesgo de bulimia y anorexia. Aunque en la actualidad se están dando casos de TCA en todos los núcleos y poblaciones grandes o pequeñas; según el estudio de G. Morandé (1990), la enfermedad era más propia en grandes núcleos, que en la periferia o ciudades de provincias, hoy en día debido a la proliferación de la enfermedad y al desarrollo sociocultural más o menos homogéneo y alcanzable para todos, la extensión del trastorno se hace aún más patente que hace diez años, hacia núcleos menores y de todas las provincias.

En concreto las personas pertenecientes a otras razas de países menos o no industrializados, también tienen riesgo de padecer un TCA, la diferencia está en que los diagnósticos son más dudosos por la escasa proliferación de la sanidad en estas zonas, también puede ocurrir que el escaso peso se confunda con síntomas de desnutrición, y que al tratarse de trastornos tan peculiares como estos, los enfermos nieguen la apariencia de encontrarse enfermos y no tengan conciencia de enfermedad, la bulimia peculiarmente se confunde con actitudes maniáticas y viciosas que se perciben más como vicio y fallo personal que como una enfermedad mental y física grave. La sanidad en estos países está abordada desde el punto de vista de los brujos y curanderos que difícilmente pueden curar una enfermedad mental de este tipo, pero el desarrollo médico creciente y los cambios culturales occidentalizados permiten abonar un territorio firme para los TCA.

En cualquier caso, los TCA, son fenómenos que se dan en otros países con menos virulencia que en los occidentales, en los casos que existen, se dan algunas concomitancias y es que la mayoría de los trastornos se ubican en las pequeñas minorías acomodadas y por tanto en muchos casos occidentalizadas, del mismo modo los universitarios, ese pequeño colectivo abierto a las influencias culturales son el blanco perfecto. En muchos casos el hecho de poder ser testigos de las culturas propias y ancestrales de algunos países no industrializados, que se llevan a rajatabla y que son elementos de la vida de estas personas a la hora de comer y vestirse, son casi un

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
<b>I.5 QUIÉN DESARROLLA UN TCA</b>
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

seguro de no padecer un TCA, pero siempre que las culturas de la delgadez y del vestido a la manera occidental se imponen, aparece el riesgo de la anorexia y la bulimia.

En la cultura china por ejemplo el comer se asocia a la bondad y a la buena suerte y el hecho de preparar manjares para purificar el alma y el cuerpo y aumentar la longevidad no tienen prejuicios calóricos, tampoco es sinónimo de dejadez el estar generosamente rellenito/a y cuando se saludan entre ellos, el decir ¡hola! es como decir ¿has comido?, porque se considera una suerte el poder comer.

En algunos casos orientales se han hecho diagnósticos de anorexia donde no aparecía el temor a engordar, ¿es posible pues dar un diagnóstico de TCA sin este síntoma?, según Lee (citado en J. Toro, 1996) en las chinas, el miedo a engordar se da casi exclusivamente en pacientes que antes habían sido obesas pero no en pacientes de peso normal previo a la enfermedad, el dilema sobre este síntoma de los TCA, se ha lanzado desde el momento que en estos países parece ser que la causa está en función de otros elementos estresantes, fóbicos, depresivos y rodeados de las problemáticas familiares, pero donde el temor a engordar y la mala percepción de la imagen corporal no se consideran causantes de la enfermedad, en todos los casos sería más correcto hablar de la deformación de la imagen, del miedo a engordar y de la problemática familiar como síntomas y no causantes de los TCA, puesto que si la disconformidad familiar por ejemplo fuera una causa primera y única, los TCA no vedarían su influjo a países no desarrollados o incluso subdesarrollados ni a otras culturas, razas y zonas. (J. Toro, 1996)

Resumiendo, tanto para hombres como para mujeres de otras razas y lugares, los TCA existen siempre que los condicionantes sociales sean los adecuados y que el desarrollo socioeconómico permita desviar la intención de vivir a favor de la intención de adelgazar.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## I.6.LA ANOREXIA

### I.6.I.ANTECEDENTES

Como ya hemos explicado en otro momento, la anorexia es uno de los llamados trastornos de la conducta alimentaria y por tanto, presenta una alteración de la manera de actuar, en algunos casos esta manera de actuar viene determinada por unos antecedentes previos, que se manifiestan en los hábitos alimentarios.

Normalmente un tercio de los enfermos puede presentar ligero sobrepeso antes de caer en esta patología, son perfeccionistas, y están sometidos previamente a la enfermedad, a estrés tanto físico y/o emocional.

### I.6.I.I. LA CONDUCTA DEL ENFERMO

Cuando la enfermedad se manifiesta, lo primero que aparece junto al adelgazamiento manifiesto es un cambio en la conducta, y principalmente en todo lo relacionado con la alimentación.

- **Cocina para los demás**, pero no prueba ni come lo que preparó. Las anoréxicas hacen comidas para otros, esconden la suya o la tiran inventando las astucias más descabelladas y negando la gravedad de su conducta.

- **Colecciona recetas de cocina y realiza regímenes alimentarios** extraños y muy estrictos. Conoce "a la perfección" el **valor calórico y nutricional de los alimentos**. Continuamente se encuentran "a dieta" autoimpuesta. Según el DSM-III R,



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

como manifestaciones conductuales aparecen en primer lugar, cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de los glúcidos o hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos, la persona está evitando ciertas comidas como caramelos, dulces y productos lácteos que contienen aceites y grasas y, por lo tanto, prohibidos. Posteriormente a la restricción de lípidos o grasas, se restringe el consumo de las proteínas. Paulatinamente ha eliminado

alimentos de su dieta, transformándola cada vez en una alimentación muy estricta y monótona. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación, otras al contrario ingieren grandes cantidades.

Generalmente si alguien les pregunta el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Sin embargo pronto comienzan los engaños y las mentiras a la hora de la comida. El ser vegetariano(a) puede ser una máscara para la anorexia, si una dieta vegetariana coincide con una pérdida de peso y si alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar la grasa en vez de por otros motivos.

Se prepara las comidas de manera muy especial (sin sal, o sin condimentos, o sin aceite). Pesan cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien, evitan la báscula.

- **Come en soledad.** Suelen evitar comer con los demás miembros de su familia, los horarios habituales de comidas de la familia, los ocupa con actividades para evitar sentarse a la mesa, también evita cualquier situación social que implique esta actitud de reunión en torno a la comida y dado que la mayor parte de las relaciones sociales conllevan el típico "vamos a comer o a beber algo", pronto comienza un deterioro social que a lo largo del tiempo, puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas.

- **Conductas alimentarias de ocultación y manipulación.** Esconde comida o come a escondidas, a veces lo hacen por la noche, tiran, seleccionan, trocean los alimentos, etc... Se pueden encontrar restos de comida, envoltorios o envases vacíos de alimentos en lugares no habituales. Se encierra en el baño largo rato, sin motivo

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

aparente después de comer y suelen tener cólicos o diarreas frecuentes, cuando toman laxantes. Tienen pérdida de peso significativa, aunque aparente o mencione comer.

- **Su vida gira alrededor de la comida.** Los esfuerzos puestos en hacer dieta nunca ayudarán a salir de los problemas. Incluso confundirán más a cerca de quién es y qué quiere a medida que avance en ese camino, porque estos trastornos no

permiten hacerse cargo de la propia realidad interior donde se siente temerosa e insegura.

- **La conducta familiar.** En consonancia con lo anteriormente expuesto, es de destacar como ante la ignorancia de la familia al respecto de la enfermedad, las conductas que no por ello dejan de parecer extrañas, no parecen salirse de lo que socialmente es normal puesto que los rendimientos escolares suelen ser buenos, la euforia del adelgazamiento inicial es para la familia un motivo de felicidad aparente <sup>27</sup> y las mañas de la/el paciente para encubrir sus conductas, no dejan manar sospechas.

La pérdida de peso trae un sentido de triunfo sobre la impotencia, en el país donde la obesidad es epidémica, EEUU, mujeres jóvenes que logran la delgadez creen realizar una victoria cultural, al superar las tentaciones de las golosinas mientras copian las imágenes corporales idealizadas por los medios de comunicación. Este sentido de logro, a menudo es reforzado por la envidia de las amigas más gruesas que perciben a las pacientes, como emocionalmente más fuertes y más atractivas que ellas.

- **El malestar general.** Los objetivos de ser feliz estarán cada vez más lejanos cuánto más atrapada se esté en un trastorno alimentario. Son incapaces de aprender cómo lograr la felicidad, y reconocer que la delgadez privará justamente de lo que se espera alcanzar con ella.

Cuando llevan varios días de ayuno sienten una gran voluntad interior que se deriva de haber podido controlar el hambre. Se consideran capaces de cualquier proeza, pero esta sensación de bienestar como explica G.Morandé (1990), es muy efímera y transitoria, pronto empiezan a sentir debilidad y tristeza, pierden la noción de

<sup>27</sup> Una vez que el proceso del estar a dieta haya resultado en el adelgazamiento, es sumamente importante no sobrestimar el nivel de logro, que perpetúa estos problemas.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

medida y de cantidad, sólo desean ocuparse en algo, evitar comer, y su cuerpo deja de interpretar estas sensaciones, pueden obedecer pero no saben elegir entre dos opciones.

### **I.6.I.2. LA APARIENCIA**

En cuanto a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen ser niñas de aspecto agraciado, e incluso guapas, que normalmente parten de

una situación de ligero sobrepeso, sin que por ello tengan que ser obesas, suelen ir vestidas en la mayoría de los casos con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc...), en otros casos, las enfermas llevan ropa ceñida, orgullosas de su delgadez. La función de la ropa en cualquier caso es doble. Por un lado, no pasar frío (padecen de hipotermia) y, por otro lado, cubrir el cuerpo, como hemos dicho, muchas veces para disimular su delgadez extrema. Según J. Johnston, (1996), los enfermos están obsesionados por su apariencia, en función de la búsqueda de la perfección, pero la fragilidad de la autoestima y la influencia de la inseguridad en las relaciones personales, hace que solo se potencie la imagen externa y que ésta termine importando más que la felicidad, juzgando el interior en función del exterior. Es necesario comentar como a pesar de la importancia que damos a la imagen, estos enfermos terminan perdiendo la noción de la apariencia externa incluso por debajo de los límites de lo bello, debido fundamentalmente a problemas de origen más profundo que hay que tratar en psicoterapia, ya que en definitiva la preocupación por lo exterior no es más que la manifestación más clarividente del trastorno, pero no la realidad causal del mismo.

### **I.6.I.3. EL PERFECCIONISMO**

*"Ser perfecto no nos permite ser humanos".*

Respondiendo a esta máxima anónima, la perfección es uno de los elementos peculiares de la personalidad de los anoréxicos, que intentan controlarlo todo e incluso su físico, cuando realmente los ciclos de ayuno y restricción son los que finalmente están controlando a la persona, y dictaminan cuándo, qué y cómo come o no.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La solución es para muchos enfermos ocultarse tras una coraza de deseo de perfección aparente, en lugar de enfrentar las cosas que realmente le afligen y no le dejan crecer porque suelen ser personas extremas incapaces de avanzar, si no es entre el blanco y el negro.

#### **I.6.I.4. LA HIPERACTIVIDAD**

Es muy frecuente en los estudios, entre otros, el aspecto de la sobreactividad, del éxito escolar y del ascetismo en la anorexia. En general la hiperactividad es patente tanto al comienzo como en toda la enfermedad, siendo en algunos casos ocasional, y en la mayoría de los casos una actitud continua; desde estudiar largas horas, acudir a otras enseñanzas, aprender ballet o gimnasia.., el caso es estar en continuo movimiento para quemar el mayor número de calorías. Según G. Morandé, este aspecto es claro en la anorexia purgativa (ver tipos de TCA), con un 54% de los casos que sufren de hiperactividad. Como comentario a añadir y teniendo en cuenta que la hiperactividad poco tiene que ver con el ejercicio normal que realizan personas para mantenerse en forma, apuntar que según M. Alemany (1995) el ejercicio no es adecuado por sí mismo y exclusivamente para reducir peso, ya que lo primero que se reduce es el volumen líquido que se repone después, aunque en dietas hipocalóricas obliga a quemar energía y reservas. Además hay que destacar que a pesar de la inanición, la debilidad y la hiperactividad, no sienten cansancio aparente, sacando fuerzas de flaqueza, debido al deseo de mantener su propia abstinencia.

#### **I.6.I.5. CONDUCTAS PURGATIVAS**

Entre las conductas más claras para diagnosticar un TCA destaca la provocación del vómito y el uso de laxantes y diuréticos así como de anorexígenos. En el estudio de G. Morandé (1990), había casi un 25% que se provocaban el vómito, síntoma más corriente en los cuadros bulímicos y anorexia purgativa. Un 26 % por otro lado usaba laxantes.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Garfinkel y Garner (1980), señalan que entre un 10%-34% de las anoréxicas utilizan conductas purgativas aunque las bulímicas lo hacen en mayor medida. El empleo de dichas conductas constituye un índice de mal pronóstico, y puede llegar a ser la causa de la muerte.

### **I.6.I.6. ACEPTAR/NEGAR LA ENFERMEDAD**

La negación de la enfermedad es algo común. Según G. Morandé (1990), los más dispuestos a confesar son los bulímicos, y los más reacios los anoréxicos purgativos y anoréxicos atípicos, ya que se sienten más avergonzados por el hecho de haber fracasado en la pérdida de su férreo autocontrol, que por lo que puede significar el hecho de las conductas purgativas. La mayoría de las veces, el hecho de desembocar en conductas purgativas supone para la enferma la muestra mayor de su descontrol sobre un cuerpo que no puede domeñar a su voluntad y esto origina un sufrimiento tal, que lleva a la necesidad de pedir ayuda y al reconocimiento de la enfermedad. En general el reconocimiento de las patologías por los enfermos es directamente proporcional al grado de control que puede ejercer sobre sí mismo, a mayor control mayor negación, a mayor descontrol mayor desesperación y deseos de pedir ayuda.

### **I.6.I.7. LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA.**

La conducta es visiblemente alterada por maneras de actuar llamativas, que denotan de entrada, si no enfermedad, al menos extrañeza para los que rodean al paciente y que toman forma bajo alguna de las siguientes alteraciones entre otras:

Las cantidades de alimentos son cada vez más pequeñas, juega con el plato y desmenuza los alimentos.

Empieza a restringir su alimentación, evitando cierto alimentos.

Evita las comidas familiares, argumentando excusas como tener que estudiar, dolor de cabeza o estómago o que ya ha comido fuera.

Su humor empieza a cambiar. Se irrita con facilidad. Alterna cambios de ánimo que van de la depresión a la euforia.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La pérdida de peso empieza a ser aparente y no existe una causa concreta que lo justifique.

Aumenta su actividad física, deporte y está siempre activo.

Desea preparar la comida y cocina para toda la familia.

Empieza a poseer un elevado conocimiento de los alimentos, su valor nutricional, sus calorías, etc.

Niega incesantemente que tenga un problema con la alimentación.

Nunca reconoce que está adelgazando, y asegura que está gorda/o.

Se aísla cada vez más de la familia y amigos.

Duerme poco y su capacidad de concentración disminuye.

Cada vez que come puede ir al baño o se muestra hiperactiva.

## I.6.2. SÍNTOMAS FÍSICOS

Una vez que la alteración de la conducta alimentaria ha sido visiblemente alterada, es posible diagnosticar otros síntomas de origen físico que en algunos casos pueden pasar más desapercibidos.

Existen muchos y variados pero los principales que saltan más a la vista son:

1. La **amenorrea**,<sup>28</sup> ausencia al menos, de tres ciclos consecutivos, se considera amenorrea cuando la regla sólo baja con fármacos. En algunos casos pueden padecer subdesarrollo sexual debido a la temprana edad en la que empiezan a estar enfermas.

2. La **bajada de peso**, tiende a estar un 25% por debajo de su peso ideal, aunque ya hemos comentado que el peso perdido no influye tanto en el diagnóstico como otros factores psicológicos, por ejemplo la fobia a engordar. Su índice

<sup>28</sup> Según M. Alemany (1995) es necesario que la mujer posea una masa de grasa mínima para que los niveles sean suficientes y se pueda producir la ovulación, este mecanismo si no se desarrolla correctamente dificulta la gestación ya que el cuerpo no podría alimentar al niño porque no poseía suficientes reservas. Los estrógenos influyen en la distribución de grasa en la mujer, adoptando esta la forma ginoide, por medio de la cual se acumula la grasa en la parte inferior del cuerpo, caderas y nalgas a diferencia del hombre que posee la forma androide promovida por la testosterona segregada en los testículos y que favorece la acumulación de proteína e influye así en el peso corporal

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

de Quetelet<sup>29</sup>, esta en torno a quince y diecisiete , (Mateos Parra, Solano Pinto, 1996), según la CIE 10 en torno al diecisiete con cinco.

3. **Pérdida de apetito**, más aparente que real, hinchazón, dolores abdominales, y una variedad de cambios físicos, la temperatura corporal baja, la presión arterial baja, disminución del volumen cardíaco, el pulso lento y/o arritmias.

A continuación desarrollaremos ampliamente estos síntomas de la enfermedad para llegar a conocerla e interpretarla mejor.

### **I.6.2.I CONSECUENCIAS FÍSICAS DE ANOREXIA**

Los estudios sobre las consecuencias físicas de la anorexia han revelado que a corto y medio plazo, los pacientes sufren: cardiopatías, desajustes de electrolitos, anormalidades reproductivas, osteoporosis, problemas gastrointestinales y cambios en la actividad de los neurotransmisores.

#### **I.6.2.I.I. EL CEREBRO**

Daños neurológicos, calambres, hormigueos.  
Bajan los niveles de leptina (regulador del apetito).

#### **I.6.2.I.2. APARATO GASTRO-INTESTINAL**

Estómago: retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes. La consecuencia es una sensación de saciedad precoz que favorece aún más la perpetuación del cuadro anoréxico, haciéndolo cada vez más y más fácil para no comer. Reducción del tamaño del estómago. Esta situación se revierte mediante la realimentación progresiva y pautada.

-Flatulencia.

-Estreñimiento.

<sup>29</sup> Índice de Quetelet creado en 1871, por Quetelet, astrónomo belga.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Intestino: su motilidad es disminuida por déficit de calcio, potasio y magnesio

### **I.6.2.I.3.CORAZÓN.**

Aparecen niñas de diecisiete años con corazones del tamaño de una de siete, ya que el quedarse desnutridas, está provocando alteraciones en el funcionamiento y en el tamaño del corazón. Para ilustrar tal afirmación remitámonos al estudio llevado a cabo a un total de ciento treinta niñas anoréxicas españolas. La mayoría poseía un corazón pequeño y sufría alteraciones. (L. Beato, conferencia del 20-11-98.)

El médico asegura el importante número de enfermedades producidas por el trastorno del comportamiento alimentario y las alteraciones del ritmo cardíaco. Los expertos desconocen aún si la recuperación del peso devolverá la absoluta normalidad al funcionamiento cardíaco, los casos de curación descubren la óptima recuperación del funcionamiento con total normalidad.

#### **Entre los trastornos posibles están:**

Por disminución del gasto energético, disminuyen: las pulsaciones, la presión arterial, que se conoce como hipotensión o baja tensión. Prolapso de la válvula mitral<sup>30</sup>. Derrame pericárdico<sup>31</sup>. Bradicardia<sup>32</sup> e hipertensión. Arritmias<sup>33</sup>.

### **I.6.2.I.4.DENSIDAD ÓSEA Y MENOPAUSIA**

La amenorrea (pérdida de la menstruación) es uno de los síntomas que sirven para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Dicha pérdida ha sido asociada, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas, con la aparición de osteoporosis.

El seguimiento de pacientes ha servido para constatar que existe una pérdida de densidad ósea, no recuperable ni con un año de tratamiento con hormonas, estrógenos. Algunos médicos afirman la incertidumbre ante la administración de

<sup>30</sup> Caída o descenso de la válvula que separa la aurícula del ventrículo izquierdo del corazón de los mamíferos.

<sup>31</sup> Derrame de la envoltura del corazón o pericardio, que está compuesto de dos membranas una interna y fibrosa y otra serosa y externa.

<sup>32</sup> Ritmo del corazón más lento que el normal.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

hormonas (estrógenos) por más tiempo para recuperar masa ósea. Lo que sí se ha comprobado es que las pacientes que recuperan la menstruación de forma natural sí aumentan la fortaleza de sus huesos. (Beato, L. conferencia del 20-11-98).

A menudo, el hacer ejercicios compulsivamente acoplado al adelgazamiento, conduce a problemas ortopédicos, particularmente en bailarines y atletas; esto puede ser el primer signo de dificultad que obliga a un paciente a buscar ayuda médica.

#### **I.6.2.I.5. PROBLEMAS RENALES Y OTROS**

Como manifestaciones renales pueden aparecer la formación de cálculos. La mayoría de los anoréxicos presentan cifras de urea normales en sangre, en algunos casos se presentan anomalías. La reducción de líquidos se hace efectiva en casos graves por lo que generalmente la deshidratación es más propia de la pérdida de líquidos por el uso de laxantes y diuréticos y por los vómitos, los cuales pueden originar déficit de potasio y producir desequilibrios electrolíticos.

#### **I.6.2.I.6. GASTO ENERGÉTICO.**

Disminuido por adaptación a la baja ingesta de calorías. El cuerpo sabe que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energía. Quema lo mínimo para que le queden reservas, dando lugar a la ralentización del metabolismo.

#### **I.6.2.I.7. PIEL.**

Se encuentra seca, áspera y quebradiza, por déficit de nutrientes, fría por disminución del gasto energético. Las extremidades, manos y pies, están fríos, probablemente por una vasoconstricción generalizada, suelen tomar un color violáceo, por alteraciones circulatorias. Puede hallarse color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies (hipercarotinemia) por ingesta excesiva de calabaza y zanahoria, propia de la dieta que llevan dichas pacientes. Es posible observar en zonas que normalmente no tiene vello, la aparición de un vello fino y largo, tipo pelusa, llamado lanugo, especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos (Morandé, 1995,

---

<sup>33</sup> Desigualdad en las contracciones del corazón.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Chinchilla, 1994, Toro y Villardel, 1989, Vadereycken, 1991). Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo (Toro y Vilardell, 1989).

### **I.6.2.1.8. HEMATOLOGÍA**

El hemograma acostumbra a ser normal en la anorexia aunque no es infrecuente la anemia, pérdida de ácido fólico y de hierro.

Las alteraciones medulares pueden aparecer aunque no son privativas de la anorexia. A pesar de alteraciones hematológicas e inmunológicas que se puedan dar en la anorexia, las infecciones tardan en apoderarse de los enfermos, los cuales al principio presentan una resistencia mayor a las infecciones las cuales si logran sobrepasar esta barrera cursan con mayor gravedad.

### **I.6.2.1.9. OTROS ELEMENTOS**

Otros aspectos que no siempre aparecen pero que una vez manifestados, también presionan y están relacionados con el desencadenamiento de la enfermedad, en cuanto a elementos físicos, es entre otros, la obesidad o sobrepeso previo que es un factor más común en la bulimia donde se considera factor predisponente, aunque no tiene por qué responder a ello en todos los casos. En estas/os enfermas/os, en muchos casos se da unido a un sobrepeso real, una fuerte sensibilidad hacia el peso en general.

Como se puede observar los trastornos de la alimentación constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico y algunos de estos cambios físicos pueden ser potencialmente mortales.

Por otro lado, los datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales, parecen apoyar la existencia de alteraciones en la anorexia nerviosa, que no se sabe muy bien si es que no perciben determinados estímulos interiores, principalmente aquellos relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anómalo.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tampoco resulta claro si esto se debe a una característica previa al inicio del trastorno, o bien es una consecuencia del mismo. En cualquier caso, lo que sí parece cierto es que existen alteraciones de recepción de estímulos. (Toro y Vilardell, 1989).

Ahora bien, en el caso de los pacientes con anorexia, los síntomas físicos pueden llegar a ser claramente visibles para el observador externo, principalmente, debido a la pérdida de peso y al deterioro físico considerable que se produce y, sin embargo, la persona solicita atención una vez ha perdido peso considerablemente, padece amenorrea que normalmente es anterior a la pérdida de peso, aunque no siempre. El tiempo que pasa desde el inicio de la sintomatología hasta que van a consulta, suele ser bastante largo. Según G.Morandé ronda los dieciocho meses (1990), aunque generalmente según otros psiquiatras es incluso mayor.

### **I.6.3. SINTOMAS PSICOLÓGICOS**

Entre los factores psicológicos desencadenados en este trastorno, se encuentran algunas alteraciones comunes a todos/as los pacientes.

El hambre intensifica la depresión. Este deterioro en el estado de ánimo puede reducir aún más los sentimientos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto perpetuando el ciclo.

#### **I.6.3.1. LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN**

La anorexia y bulimia nerviosas coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos, que le hacen percibirse de forma errónea. La alteración de la imagen, es una de las más comunes en los TCA, que va unida en muchos casos a la negación de su cuerpo, el deseo de estar delgados a toda costa, el ansia de control y perfección, más que a la percepción real de estar gordos. La deformación se produce no porque se vean gordos sino porque se quieren ver aun más delgados. Esta alteración está igualmente relacionada con la obsesión por la deformidad o descontento con algunas partes de su

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cuerpo, que están según su percepción desproporcionadas en función del resto del cuerpo.

En los años veinte, la definición de imagen corporal era la representación del propio cuerpo en la conciencia, para pasar en los años setenta, a pensar en anorexia como un conjunto de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Será Hilde Bruch, (1978), la que reconozca primeramente la existencia del trastorno de la imagen respecto a la percepción del cuerpo y la sensación de descontrol de funciones corporales.

La percepción alterada de la imagen es fundamental en el análisis de los TCA donde todos los enfermos, niegan la delgadez, siendo uno de los síntomas más

difíciles de eliminar en la evolución para algunos médicos, aunque otros confían plenamente en la buena evolución de la alteración, a medida que se estabiliza el estado general.

Fernández Aranda (en V.Turón Gil, 1997), recoge las cogniciones verbalizadas de las enfermas que una vez habían mejorado su aspecto y su peso, percibían la realidad de su delgadez admitiendo "es verdad, no estoy tan gorda como yo creía..." ; sin embargo a pesar de ello persisten en aseverar: "...pero me siento gorda, y detesto el aspecto de mi cuerpo" por tanto se hace evidente el componente actitudinal tan fuerte que existe y, se pone de manifiesto que la realidad de la distorsión es más bien una falta de aceptación de su propio cuerpo que una real sensación de estar gordo. Existe una diferencia notable entre estar gordo o verse gordo y el hecho de sentirse gordos, ya que se trata más de una aspiración hacia el ideal que una aceptación real de un estado de sobrepeso inexistente.

Algunos autores han descubierto que no todas las personas con anorexia o bulimia exageran el tamaño de su cuerpo, indican que estas pacientes se ven de manera correcta, pero están convencidas de que su aspecto es todavía inaceptablemente gordo. La diferencia es sutil pero importante, las percepciones pueden ser correctas, pero sus sentimientos y opiniones acerca de esas percepciones son inapropiadas. Estos descubrimientos han obligado a muchos psicólogos a revisar sus opiniones acerca de los componentes psicológicos de la anorexia nerviosa y bulimia, con visos de aplicarlos a sus tratamientos, en los cuales se está descubriendo en consonancia con lo anterior que

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

la preocupación debe centrarse no en la equívoca percepción de la imagen corporal sino en ahuyentar el temor mórbido a engordar y a mantener un peso peligrosamente bajo.

Numerosos autores coinciden en señalar la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética que se hace del mismo y que, en un principio, no se consideran patológicas como tampoco son exclusivos de este tipo de trastornos. Sin embargo, su reiteración y persistencia las convierten en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas pacientes.(J.Toro 1989,1996) (G.Morandé 1990, 1995).

Estas distorsiones son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva, y poco tiempo después van a ser también las

responsables en gran medida del mantenimiento del trastorno. Las alteraciones de la imagen corporal constituye otra variable a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, nieguen su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimentaria (principalmente en la anorexia y anorexia purgativa), convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Raich, 1995; Toro y Vilardell, 1989)

Según el Protocolo de Trastornos de Comportamiento Alimentario, (1995, AA.VV Coord. G.Morandé) y tras realizar una revisión de diferentes estudios sobre imagen corporal llegamos a la conclusión de que la sobrestimación del tamaño, sobre todo a lo ancho, es una característica de la anorexia nerviosa aunque esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, sino que también está presente en otros grupos, como los de bulímicas.

V .Loureiro, (1994) relaciona el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que, según esta autora, si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobrestimar su tamaño, mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

tamaño corporal. A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La tendencia a la sobrestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (J.Toro, 1996, G, Morandé, 1990, F, Fernández, 1997)

La sobrestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes (G,R León,1984) mujeres de la población general, y en accidentados con desfiguraciones físicas; la diferencia está en que en estos últimos casos hay razones reales para apreciar la deformación.

No obstante, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (J.Toro y E.Vilardell, 1989).

En los último años se ha intentado estudiar nuevas terapias para la medida de la percepción corporal aplicando métodos desde distorsión de imagen fotográfica, hasta técnicas de vídeo con distorsión de la imagen, o técnicas asistidas por ordenador, en las que se está trabajando últimamente en la Universidad Jaume I de Castellón y la Politécnica de Valencia, en colaboración con el hospital provincial de Castellón. La técnica desarrollada está basada en la realidad virtual, como técnica del tratamiento de la imagen corporal deformada. La terapia consiste en varias sesiones en las cuales los enfermos se sientan frente al ordenador, el cual les hace pasar por tres salas, en la primera se le explica al paciente a través del programa, que cuando una persona come no engorda de forma inmediata, la segunda comprueba las partes del cuerpo que los pacientes exageran y las corrige mostrándoles sus verdaderas dimensiones, en la tercera sala se trabaja el concepto relativo al peso, y como una persona es gorda o delgada en función de varios elementos como talla, complexión, estatura.(E, González. Diario 16, 11-2-1999).

Estas técnicas se han ideado, con bastantes buenos resultados, debido sobre todo, a que lo difícil dentro del cuadro de una enfermedad de TCA no es medir la deformación de la imagen, sino tratarla. Algunos autores proponen que la distorsión de la

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
<b>I.6 ANOREXIA.</b>
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

imagen debería ser tratada desde el comienzo, unido a otros tratamientos de origen físico y psicológico, otros médicos no opinan que deba ser tratado puesto que la percepción evoluciona con la mejoría general. Otros asocian el cambio de la percepción de la imagen, exclusivamente con el aumento de peso, lo que supone que estiman que el hecho de engordar restablece instantáneamente el equilibrio psicológico. El estado psicológico, es cierto que mejora con el aumento de peso, pero más lentamente que la mejoría física, por lo que es necesario cuidar que los pacientes no recaigan al no haber asimilado el estado de su nueva imagen.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## I.7.LA BULIMIA

### I.7.1. ANTECEDENTES

Esta patología se da más en las mujeres que en los hombres al igual que la anorexia, teniendo una cierta predisposición si hay obesidad en la adolescencia o a veces simplemente presentando un ligero sobrepeso. Se puede dar como antecedentes en algunos casos, padres obesos, o con algún trastorno psicológico o adictivo previo, aunque no es una constante, ni sólo se da en la bulimia<sup>34</sup>

La bulimia generalmente empieza en la adolescencia o en la vida adulta temprana, aunque como el caso de la anorexia puede darse igualmente en todas las edades. El curso puede ser crónico o intermitente durante muchos años. Generalmente los atracones se alternan con períodos restrictivos o con periodos de hábitos normales. En los casos graves, puede haber alternancia de atracones y purgaciones ininterrumpidamente. Aunque no es lo mismo vomitar una vez cada tanto, o dos veces por semana, que siete veces por día; sin embargo no hay que olvidar que quienes vomitan hoy siete veces por día, empezaron vomitando una vez cada tanto. Tampoco es igual la conducta de alguien que comenzó hace poco con este trastorno, que alguien que lleva años por este camino. A pesar de ésto, puede pasar bastante tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectado, lo que tiene evidentes repercusiones.

La causa exacta del trastorno es desconocida, pero están investigándose una variedad de teorías psicológicas, sociales, culturales, familiares y bioquímicas, para ver el peso de su influencia. Por el momento no se conocen las causas de la alteración del peso, apetito y humor en la bulimia, la hipótesis de que podrían tratarse de un sustrato biológico que las provoca es aceptable desde el punto de vista que cada una de estas alteraciones las modulan los mismos neurotransmisores como son la serotonina y la noradrenalina.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Para ampliar este aspecto del DSMIII.R (ver G. Morandé, 1990.)

<sup>35</sup> Sustancias, productos o compuestos encargados de transmitir los impulsos nerviosos en la sinapsis o relación funcional de contacto entre las terminaciones de las células nerviosas.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
<b>I.7 BULIMIA.</b>
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según González Ibáñez (en V. Turón Gil, 1997), es prematuro, afirmar que en estas pacientes existe una específica vulnerabilidad biológica, ya que los estudios hasta el momento se han centrado más en enfermas con patrones de ingesta alterados o de reciente recuperación y por tanto es posible que estas disfunciones sean secundarias, de cualquier modo el círculo vicioso hace que las alteraciones físicas agraven la alteración psicológica y al contrario.

### **I.7.1.1. LA APARIENCIA**

En el caso de los pacientes bulímicos, éstos pueden o no presentar aspecto desnutrido, su aspecto externo suele ser o bien el de una persona con algún grado de sobrepeso, o bien presentan un peso normal. Por esta razón, y debido a que la vida de estas personas se encuentra marcada por el temor y la vergüenza a ser descubiertos, durante uno de los episodios de sobreingesta que normalmente se llevan a cabo por la noche, y en secreto, suele ser bastante difícil detectar este tipo de problemas sin la colaboración del enfermo.

### **I.7.1.2. PERSONALIDAD**

La bulimia es una enfermedad en la que, aunque no se han identificado factores de riesgo asociados a la ocurrencia de este trastorno psiquiátrico, por lo general se trata de personas exigentes, que sufren una profunda insatisfacción con su entorno, personal, de amistades, y familiar en donde podía estar presente la figura con sobrepeso u obesa de los padres, transmitiendo inconscientemente a veces, su angustia por el peso a la hija. En muchos casos una madre afectuosa, e incluso sobreprotectora y un padre distante, cuya relación siempre ha estado marcada por el deseo de acercamiento de la hija; antecedentes de familias caóticos, pueden haber influido en el desencadenamiento de la enfermedad en jóvenes que sufren una enorme ansiedad y carecen de autocontrol, encontrando en la comida un motivo de satisfacción, por lo que "engullen" compulsivamente, acto seguido, sin embargo, sobreviene en ellas un profundo sentimiento de culpa que se basa en la reprobación social de su acto y el terror que les produce subir de peso, eso las lleva a vomitar desesperadamente. El asunto es que, cuando esta práctica se vuelve reiterada, la persona ya ni siquiera necesita inducir el vómito, sino que éste surge de forma espontánea.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.7.I.3. LA CONDUCTA DEL ENFERMO**

El enfermo de bulimia miente, trampea, disimula rápidamente, apareciendo de la noche a la mañana con cambios constantes de humor, come rápidamente y muchas veces en secreto (desapareciendo la comida), evita comer en público o en actos donde tengan que hacer vida social, aunque puede darse la reacción contraria aumentando la frecuencia de salidas hasta cierto punto; van al baño después de comer para vomitar, toman laxantes, píldoras, diuréticos, tóxicos o alternan regímenes muy estrictos. Son personas depresivas y autocríticas, se autovaloran por el peso, teniendo sentimientos de no poder parar de comer y de desprecio por ello. Necesitan la aprobación de los demás, el deseo de conseguirlo, es tan fuerte que la bulímica se enrola en una religión de dietas haciendo del hambre su enemigo y de los atracones su cómplice, se desespera en el deseo de querer acceder a una vida nueva, habiendo de cumplir un pacto eterno con su alimentación para adelgazar, que incapaz de cumplir, trunca en vomitonas desesperadas, la/el bulímica/o es un/a chico/a de edad superior al anoréxico/a, que se presenta normalmente a consulta por sí mismo, que esconde sus atracones, mientras su apariencia externa puede incluso ser normal, y aunque la amenorrea no sea patente en muchos casos se dan irregularidades menstruales en las mujeres.

En algunos casos la bulimia se considera un trastorno de tipo adictivo por sí mismo, que muchas veces va unido a otras adicciones como el tabaco, alcohol, sexo... Respecto al consumo de drogas, diferentes estudios confirman una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos de la alimentación (Hudson y Pope, 1992; Krahnn, 1991; Fairburn, 1994). Esto es lo que se denomina como un tipo de bulimia llamada multiimpulsiva (G.Morandé,1995)

Otros autores relacionan trastornos de la alimentación y consumo de alcohol. Hudson et al. (1992) realizaron un estudio con trescientas ochenta y seis pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, encontrando que un 15 % de las mujeres, habían padecido un trastorno de la alimentación. Algunas conductas adictivas (exceso de bebida, exceso de comida y juego compulsivo), comparten entre sí algunos aspectos: la conducta adictiva genera momentos de placer a corto plazo, alivia sentimientos negativos y dicha conducta tiene elementos compulsivos.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Krahnn (1991) propone que aunque existan muchas similitudes entre trastornos de la alimentación y el abuso de sustancias, no se ha podido demostrar un mecanismo común. Por otro lado, Wonderlich,(1992), Swift,(1986), han puesto de manifiesto la coexistencia de trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad. Siguiendo los criterios DSM-III-R (A.P.A., 1987), se estudió la relación entre estos trastornos de alimentación y personalidad, obteniéndose los siguientes resultados: el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo estaba presente en la anorexia restrictiva, pero no en la anorexia bulímica; la bulimia con peso normal estaba asociada con personalidad histriónica; e independientemente del subtipo de trastorno de la alimentación, la depresión era mayor en sujetos que cumplían los criterios de personalidad borderline y dependiente.

#### **- Los atracones**

En cuanto a la Bulimia o "episodios recurrentes de voracidad" (DSMIII-R, 1987), decir que son normales los atracones de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo con descontrol sobre la ingesta durante los episodios de voracidad. Muchos especialistas exigen que para determinar un diagnóstico de bulimia se deben dar al menos dos episodios de voracidad a la semana en tres meses, en este aspecto debemos comentar que según las tendencias actuales el número de vómitos diarios no sirve para diagnosticar mejor una bulimia, la presencia de uno solo de ellos, puede justificar un trastorno de la conducta alimentaria, también debemos añadir que la bulimia puede desencadenarse con episodios de atracones muy repetidos en una semana incluso varios al día, y darse luego épocas de conducta normal o restrictiva lo que nos llevaría a una patología mixta o bulimarexia (Morandé,G.1990)

Se preparan los episodios de voracidad planificándolos cuidadosamente, comprando o cogiendo comida muy alta en calorías, de sabor dulce y ligera textura, la ingesta es secreta, con rapidez, sin masticar, dándose malestar abdominal, sueño, interrupción de la vida social, evitando las comidas familiares o en grupo; prefiere comer compulsivamente en secreto, pues sabe que los demás rechazarían sus conductas. En ocasiones se produce el vómito y comienzo de la ingesta nuevamente, según la gravedad de la crisis, seguido de malestar personal y autocrítica (Chinchilla, 1994), preocupación por el peso que se resuelve con el uso de la táctica del vómito provocado, por ello, es frecuente que después de la comida pase largo rato en el baño, empleo de fármacos y laxantes, diuréticos, dietas estrictas o ayunos, o aumento de ejercicio

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
<b>I.7 BULIMIA.</b>
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

vigoroso para evitar el aumento de peso, son algunas de las tácticas usadas para controlar el miedo al físico.

Autores como Hsu, (1990), han estudiado especialmente los precipitantes del episodio de sobreingesta, encontrando que la variable más importante es el hambre. La alternancia de periodos restrictivos y el autocontrol alimentario tan estricto, provocan en muchos casos un aumento de la sensación de hambre acumulada que genera una angustia tal, que degenera en una crisis bulímica. La bulímica se pasa la vida dándose atracones de comida que no controla, el atracón conlleva un efecto adictivo que desencadena unas reacciones adversas, genera un círculo vicioso. En principio es producido por algún elemento psicológico, malestar, desilusión, tristeza... de manera que llega un momento en que el deseo de comer está por encima de una situación estresante, y la repetición del acto bulímico no tiene nada que ver con el estado de ánimo de manera que un atracón puede sobrevenir a cualquier estado anímico, positivo o negativo. Algunas pacientes afirman no tener ningún motivo para vomitar, ya que se sienten felices en su vida y su trabajo, pero su insatisfacción personal les lleva en ocasiones a depurar su deseo de comer a través de la ingesta compulsiva, pero a la vez su incapacidad para controlarse le provoca profundos sentimientos de inseguridad y desconfianza.

Aunque el enfermo de bulimia no pretende a veces bajar de peso, lo cierto es que tampoco quiere aumentarlo por ello practica constantemente ejercicios, u otras conductas purgativas, las mujeres con bulimia con frecuencia abusan de los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores de apetito, los diuréticos y las drogas que inducen el vómito, ninguno de estos medicamentos están sin riesgo, algunas personas han sufrido intoxicación por ellos y adicción, ya que se vuelven dependientes de los laxantes, para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas para la dieta, causan presión arterial alta severa y accidentes cerebrales si se ingieren dosis altas.

#### **I.7.1.4. CAUSAS QUE PERPETÚAN LA BULIMIA.**

La bulimia como ya hemos referido en otro momento es un trastorno adictivo, en cuyo síndrome, el ciclo atracón, vómito o purga, es el principal causante de

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

la perpetuación de la enfermedad. Las respuestas físicas al atracón o dietas restrictivas pueden ser parcialmente responsables de este ciclo insidioso y perpetuo. Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de atracón y purgación mediante la desaceleración del metabolismo, de este modo sube el riesgo de aumentar de peso que a su vez perpetua el proceso.

La conducta vomitadora y el uso de los laxantes puede estimular la producción de narcóticos en el cerebro que causan una adicción al ciclo bulímico. Otros investigadores creen que las personas con bulimia tienen una cantidad baja de serotonina, un producto químico en el cerebro, que reduce la depresión y el estrés. El comer dulces aumenta la serotonina, causando una dependencia psicológica en el aspecto de los atracones dentro de la bulimia.

### **I.7.1.5. ALGUNAS CONDUCTAS EN LA BULIMIA.**

Algunas de las conductas más repetidas en los cuadros bulímicos son las siguientes, es importante destacar que estos comportamientos no son únicos ni imprescindibles, ya que la riqueza en complejidad de estos trastornos no da pie a la particularización ni a la exhaustividad.

Algunos de estos comportamientos son:

Tergiversación de emociones y sensaciones como el hambre.

Miedo a la madurez emocional y biológica.

Una vida emocional turbulenta, con comportamientos adictivos en ocasiones hacia el alcohol, sexo...

Antecedentes personales de obesidad o de sobrepeso, con una actitud frecuente de estar a dieta.

Marcadas oscilaciones de peso, en parte por dedicarse a actividades en donde es importante el aspecto o por la propia preocupación de competir con otras mujeres en cuanto al aspecto e incluso con ellas mismas.

### **I.7.2 SINTOMAS FÍSICOS**

En estas pacientes, aunque se está investigando sobre el tema, no existen de entrada, alteraciones biológicas de base, aunque sí se puede presentar una

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

alteración con rasgos predisponentes hacia otros trastornos psiquiátricos de origen afectivo y adictivo. Los síntomas de bulimia pueden ser muy sutiles, ya que se practica en secreto y aunque los enfermos pueden pesar menos de lo normal, no siempre se confunde con una anorexia. En general, las personas con bulimia están preocupadas por lo que comen y pueden abusar de los laxantes, las pastillas para la dieta, los eméticos (drogas que inducen vómitos) o los diuréticos (medicamentos que reducen los líquidos).

### **I.7.2.I.CONSECUENCIAS FÍSICAS**

#### **I.7.2.I.I. BOCA.**

La bulimia produce importantes lesiones dentales y caries debido fundamentalmente al vómito, que pasa por la boca junto con ácido clorhídrico, que se encuentra en el estómago para digerir lo que se ingiere. Éste ácido puede producir la pérdida de esmalte dental e igualmente puede dañar las encías, el paladar y la garganta. Las manos u otros elementos introducidos en la boca para producir el vómito pueden causar heridas en la garganta y el paladar. Un odontólogo entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esas señales.

#### **I.7.2.I.2. GLÁNDULAS SALIVALES**

Las glándulas parótidas, suelen aumentar el tamaño, dando al rostro aspecto regordete, como si se tuvieran paperas.

#### **I.7.2.I.3.CAMBIOS HIDROELECTROLÍTICOS**

**a) Potasio:** la pérdida del mismo se produce por vómitos, por tomar diuréticos, la combinación de ambos métodos es de altísimo riesgo. La disminución del potasio en la sangre afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco.

**b) Sodio:** también reducido en cantidad por vómitos y uso de laxantes, o por abuso de la ingesta de agua o potomanía, además la ingesta de sodio es disminuida y puede causar bajada de la presión arterial y mareos.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**c) Magnesio:** disminuye por uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados, y por vómitos. Ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres.

**d) Agua:** se pierde durante vómitos, por uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados que genera deshidratación.

#### **I.7.2.I.4. APARATO DIGESTIVO**

**a) Esófago:** puede irritarse con el paso del ácido, esto provoca esofagitis. En ocasiones de reiterados vómitos diarios, el esfuerzo puede provocar la ruptura esofágica, cuadro de suma gravedad que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. A veces aparece el reflujo gastro-esofágico o acidez y también la rumiación o regurgitación, lo que puede significar que por costumbre lo que está en el estómago vuelva espontáneamente a la boca.

**b) Estómago:** aparición de gastritis debido a la pérdida del moco que protege la mucosa gástrica, en ocasiones pueden producirse vómitos de sangre. También es frecuente que el vaciamiento gástrico se haga más lentamente. Como si el estómago se volviera perezoso, y generara una sensación de estar lleno que dificulta la regulación de la ingesta. Con menor frecuencia, ocurre la dilatación gástrica aguda y la ruptura gástrica.

**c) Intestino:** diarreas y dolores abdominales, denominados cólicos; por uso de laxantes. Lo más frecuente es estreñimiento grave, ya que el uso prolongado de laxantes acostumbra al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a estímulos normales, provocando un fuerte estreñimiento de más de cinco días.

#### **I.7.2.I.5. APARATO CARDIOVASCULAR**

Se produce una disminución de la presión arterial, por pérdida de sodio y líquido; aumento en las pulsaciones cardíacas; aparición de arritmias cardíacas como consecuencia de la pérdida de potasio, calcio y magnesio.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **I.7.2.I.6. APARATO RESPIRATORIO**

En ocasiones se produce el pasaje hacia las vías aéreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al inducir el vómito, esto produce cuadros de bronquitis o neumonías, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de conciencia, por ejemplo por sobreingesta de alcohol.

### **I.7.2.I.7. APARATO URINARIO**

Aparecen daños de leves a moderados en el funcionamiento de los riñones, por deshidratación y abuso de diuréticos. También puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. Son frecuentes las infecciones urinarias y la producción de cálculos o arenilla.

### **I.7.2.I.8. APARATO GENITAL**

Es muy frecuente la aparición de irregularidades menstruales debido a la mala alimentación, ausencia de menstruación y desarreglos son los síntomas más frecuentes.

### **I.7.2.I.9. MANOS**

Suelen aparecer callosidades y erosiones o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o en el sitio de roce contra los dientes, cuando se utiliza la mano para provocar el vómito, denominado el ***signo de Russel***. El médico entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esta señal, aunque no siempre está presente.

En general la bulimia no siempre es a simple vista detectable, puesto que las enfermas tienden a conservar un peso normal, aunque sí se suelen dar oscilaciones de peso muy fuertes, provocando fatiga y debilidad muscular



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### I.7.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Es destacable como las alteraciones psicológicas de la conducta y la personalidad van relacionadas con este trastorno de la conducta alimentaria. Los trastornos propios de la bulimia son diferentes a los de la anorexia aunque en cualquier caso ambos estén íntimamente relacionados con las alteraciones del peso.

La persona que padece de bulimia se encuentra rodeada de un cerco que le impide su libertad personal y espiritual, a la vez que le produce una baja autoestima y una sensación de pérdida de control, este malestar se acentúa algunas veces con la presencia de otros problemas psicológicos y comportamentales de tipo auto-destructivo. Las mujeres con bulimia, son propensas a la depresión y se encuentran también como el resto de las adicciones, cercanas a otros comportamientos impulsivos peligrosos, a los que ya nos hemos referido y que según G. Morandé en su clasificación de 1997, se denomina "bulimia multiimpulsiva". Estos enfermos manifiestan inclinación hacia la cleptomanía y la promiscuidad sexual, el uso indebido del alcohol y de las drogas, que son corroborados por estudios realizados en EE.UU, (WWW. Psiquiatría .com, 1998) que demuestran, que en mujeres bulímicas no anoréxicas, un 33% abusaban del alcohol y un 28% abusaban de las drogas, con un 18% tomando dosis excesivas de manera oculta. La cocaína y las anfetaminas son las drogas de las que se abusa con mayor frecuencia por mujeres con bulimia.

Entre los trastornos referidos en el DSM-III R, existen tres grupos en los que se diferencian los trastornos de la personalidad.

1. El primero referido a los **SUJETOS EXTRAÑOS O EXTRAVAGANTES**, en los cuales se encuentra el trastorno **paranoide de la personalidad, la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico**.

2. En el segundo grupo de **SUJETOS INMADUROS**, están los **histriónicos, narcisistas, antisociales**, y los **trastornos límite**. Los sujetos bulímicos presentan normalmente alteraciones relacionadas con este segundo tipo

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

principalmente con los trastornos histriónicos y de personalidad límite (V.Turón Gil, 1997).

Según el DSMIII-R, los síntomas y características de los **histriónicos** son:

Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, en las relaciones personales y la autoimagen, que se observa al principio de la vida adulta y que se caracteriza por al menos cinco de los elementos siguientes:

Relaciones interpersonales alternantes entre la idealización y la desvalorización.

Impulsividad en áreas peligrosas para la salud como conducción temeraria, promiscuidad sexual, robos, drogas...

Inestabilidad afectiva y cambios de humor

Descontrol de impulsos, iras, peleas...

Amenazas y conductas suicidas o automutilantes.

Trastorno acusado de personalidad en aspectos como los estudios, amigos.

Sentimiento intenso de vacío y aburrimiento.

Esfuerzos fuertes por evitar el abandono real o imaginario.

En cuanto al trastorno de **personalidad límite** el DSM III-R dice:

Pauta generalizada de búsqueda de atención exageradas, patente al menos en cuatro de los rasgos siguientes:

Busca la aprobación de otros constantemente.

Se preocupa solo por su atractivo físico

Expresión de emociones exageradas: llantos excesivos, ...

Está incomodo si no es el centro de atención

Cambios rápidos en la expresión de emociones

Centrado en sí mismo, no tolera demoras en las gratificaciones.

Superficial en sus descripciones, sin detalles.

3. El tercer grupo de trastornos de **SUJETOS TEMEROSOS** son los llamados:

Trastornos por evitación,

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
<b>I.7 BULIMIA.</b>
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos por dependencia

Obsesivo compulsivos

Pasivo agresivos

Este último grupo, no se relaciona tan directamente con los trastornos de la conducta alimentaria excepto los trastornos obsesivo compulsivos más propios de la anorexia.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.8.MODELOS EXPLICATIVOS**

Para algunas corrientes psicológicas estas enfermedades toman como calificativo lo que la medicina denomina "enfermedades del siglo XXI". Ante el abordaje de la enfermedad, las corrientes son variadas, dando unas más importancia a algunos aspectos que otras. En general las corrientes están imbuidas de teorías psicológicas aceptadas y estudiadas por psicólogos, psiquiatras y médicos. Entre ellas estudiaremos aquellas orientaciones que por su aceptación en el transcurso del tiempo se han aplicado con más o menos éxito al estudio de los TCA.

### **I.8.I. EL PSICOANÁLISIS CLÁSICO**

En el desarrollo de esta corriente se consideraba a la anorexia nerviosa como una forma de "histeria de conversión", que simbólicamente expresaba el repudio a la sexualidad, unido a fantasías de embarazo oral. Sería pues la anorexia, la expresión de un conflicto intrapsíquico unido a elementos sexuales y de la oralidad. El psicoanálisis definía la anorexia como una "neurosis histérica y melancólica", en cualquier caso esta teoría no aporta más allá de la poética, soluciones a la anorexia.

#### **I.8.I.1 DESEO Y OBJETO**

Autores como Hekier y Meller (1994) afirman que,

*"La anorexia es un síntoma de deseo, de un deseo particular del que siguiendo a Lacan, podemos afirmar es un deseo de nada. En la negativa a comer hay una verdad en juego, una relación constante de lo vacío y lo lleno..."*

Para los psicoanalistas los TCA son un campo de recreo en el cual se unen muchos de los aspectos que recogen estas teorías, a costa muchas veces de jóvenes enfermos, a cuyos problemas se intenta dar solución desde orientaciones sometidas al

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

área de la sexualidad, los deseos, pulsiones...

Antes de explicar algunas aportaciones es necesario avisar de la dificultad de tratar un TCA, exclusivamente a través de una terapia de esta orientación, aunque de igual modo tampoco es tratable un TCA exclusivamente desde el área psicológica. En el psicoanálisis, *el deseo* es el paradigma de nuestra sociedad, y los TCA lo que hacen es abordar este *deseo* a través de la alteración de la función alimentaria, de manera que sus cuerpos llegan a dejar de desear, y se destruyen arriesgando su propia vida y además la vida familiar, social o laboral. Vivir para la comida ha provocado una reacción en su contra que degenera en una reacción contra uno mismo.

Según los autores, al vomitar no buscan expulsar la comida para no engordar, sino incorporan y expulsan una y otra vez, dramatizando la pérdida y el reencuentro con el objeto, que es la comida. Para estos autores, la anorexia y bulimia se han convertido en unas patologías paradigmáticas de nuestro tiempo, porque predominantemente nuestra cultura esta objetivada, todo lo importante está fuera del cuerpo y cuando el cuerpo es importante es porque se ha convertido en objeto y por tanto es manipulable. Se intenta responder a un ideal de completitud, abundancia, y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor de intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor. Existe una confusión entre la necesidad y el deseo, y en este panorama el sujeto está destinado a ser un mero objeto, reducido a valor de intercambio.

N. Di Riezo, (1993), explica la diferencia entre el cuerpo biológico y el cuerpo en su interpretación para el psicoanálisis, en su afán de buscar un camino a la explicación de la anorexia. Sabemos que hay un cuerpo que se puede conocer desde la anatomía y la morfología, descrito detalladamente en cada una de sus partes, con sus correspondientes denominaciones; en él una persona podría reconocerse perteneciendo a su especie. Pero, ¿qué sucede con el cuerpo sentido, vivido, marcado por diversas experiencias?. Para Di Riezo, la respuesta está contenida en un ejemplo:

Una amiga le dice a la otra: "Qué bien se te ve, estás espléndida" y aquella le responde: "Estás loca, no me aguanto así de gorda, no salgo a la calle, nada me

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

queda bien, no quiero que me vean...". Como vemos una cosa es la percepción personal de nuestro yo, y otra la percepción real del mismo, que a su vez también es diferente de la que realizan los demás, por esto nos encontramos ante una mezcla de tres imágenes personales que confluyen a la vez y producen una alteración de las conductas ante la insatisfacción, o la imposibilidad de discernir la auténtica realidad de ellas.

El psicoanálisis admite la definición de cuerpo que nos da el diccionario enciclopédico del latín "corpus": lo que tiene extensión limitada y produce impresión en nuestros sentidos, la totalidad física o material del individuo. Tronco del cuerpo, a diferencia de los brazos, piernas y cabeza, que suelen llamarse extremidades. Para el psicoanálisis, el cuerpo sería el mediador entre el sujeto y el mundo. Lo considera la totalidad o materialidad del individuo, como asiento de una excitación de tipo sexual. El cuerpo está lleno de sensaciones eróticas satisfechas primero oralmente a través de la alimentación materna que por otra parte va cargada de una erótica infantil, que determina cierto tipo de fin sexual, ya que en el psicoanálisis se describen las actividades orales como actividades sexuales precoces.

Freud considera la autosatisfacción como modelo de autoerotismo (satisfacción en el propio cuerpo sin recurrir a un objeto exterior). En la primera etapa las pulsiones se satisfacen en apoyo de la autoconservación (el hambre) y merced a un objeto: pecho materno. El autoerotismo debe concebirse como una excitación sexual que nace y se satisface en uno mismo, de ahí la ansiedad por el alimento de las anoréxicas como restos de sus pulsiones infantiles hacia la oralidad, normalmente esta ansiedad es reprimida y según el psicoanálisis, la pulsión reprimida jamás deja de tender a su satisfacción completa, lo que produce la lucha interior de la/el enfermo/a. (De Llanos 1992)

Cómo podemos pensar, en estas pacientes falla la articulación entre lo somático y lo psíquico. La pulsión oral quedaría sujeta a la necesidad de comer.

### **I.8.I.2. PSICOANÁLISIS Y FAMILIA**

Para M. Hekier, (1994), la relación familiar en los TCA es muy importante, porque demuestra una actitud de sobreprotección que elimina el deseo del sujeto, la madre siempre descarga el mismo discurso, "conmigo no te faltará de nada", ante este

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

elemento se origina una reacción que no permite a la hija desear nada y que originan en ésta una sensación de deseo más fuerte, desviada hacia su cuerpo como objeto único de actuación y de deseo. El enfermo está saturado de los que le rodean y necesita sentir su capacidad personal de desear.

Por otra parte, La relación madre-hija suele ser en estas pacientes, de complicidad. La complicidad de mantener oculto y fallido al padre en su función. Hablar durante el proceso terapéutico de esta complicidad es un descubrimiento para estas pacientes y una posibilidad de resolución de esta problemática para los psicoanalistas.

Posteriormente, también **los modelos neopsicodinámicos**, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación entre el niño y sus padres. Las teorías de Selvini Palazzoli y de H. Bruch encarnan esta concepción poco explicativa, sí muy generalista y estereotipada. De modo análogo, **el modelo sistémico**, señala como relevantes las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilidad, la falta en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación como factores predisponentes de patología familiar con alguna hija anoréxica. No obstante, estos modelos han sido extensamente criticados, por un lado, por la falta de rigor científico en sus interpretaciones, y, por otro lado, por la carencia de estudios controlados que verifiquen sus postulados. La falta de comprobación rigurosa y la falta de correlación de las relaciones familiares de la infancia y el nivel de conflictividad con la época adulta demostraron que aunque en muchas familias se daban en la infancia estos elementos no son generalizables en una relación de causa efecto (Garner y Garfinkel, citado en J.Toro y E.Vilardell, 1989)

### **I.8.I.3. TRATAMIENTO**

Para el psicoanálisis existe un vínculo de unión entre el sujeto y el alimento, una unión de esclavitud, unión de amor y de odio hacia el sujeto que le destruye y que el enfermo desea de manera idealizada y siniestra, se convierte como ya hemos dicho en un adicto.

El tratamiento para algunos autores psicoanalistas se fundamenta en el término adictivo, lo ADICTO es lo NO-DICHO, por tanto se intentará que afloren los elementos del sujeto que no siendo demostrados abiertamente, identifiquen los vínculos

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

del sujeto con su objeto de deseo, la comida, este círculo se cierra en torno a un conjunto de repeticiones mortíferas, sin voluntad propia, totalmente alienado en una relación que no se puede quebrantar, como si las dietas, el peso, el cuerpo fueran los ejes sobre los que se debate la vida del paciente, hasta el punto de llegarse a identificar con la comida como su propia identidad, la cual dependiera de su impulso de comer, que por otra parte originaría una doble angustia: una mala sensación ante el impulso por venir, y una angustia generada por el reconocimiento de haber caído en la trampa, debido a que el comer impide el pensar.

En el tratamiento psicoanalítico según N. Di Riezo.(1993), la comprensión de la anorexia viene marcada por la necesidad del paciente de esforzarse en meter en su cuerpo aquellos alimentos que "sabe" que lo llevan a desatar sus crisis y diván mediante, la necesidad de descubrir que algo de lo que les pasa tiene que ver con la relación con su madre y se empeñan en relacionar esto una y otra vez, al mismo tiempo, aclaran que de nada les sirve ver la causa porque se sienten alejados de esta. La divulgación de ciertos conceptos teóricos transformados muchas veces en dogmáticos hacen que el enfermo termine hablando de aquello de lo que su analista espera, "tengo que hablar de mi infancia", "si me atraco con la comida algo tiene que ver con mi madre". El analista queda fascinado por estos relatos que intenta unir con una coherencia ilógica para dar solución al problema.

E, Kestenberg, (1976) desde su perspectiva psicoanalítica, define la anorexia como el camino de una muerte ni deseada ni percibida, destrucción por sí misma. En su libro la autora está en la línea de quien piensa que puede elaborar una hipótesis fecunda a partir de la clínica y la técnica. En su afán de encontrar luz ante las citadas enfermedades, y la manera de afrontarlas, la autora explica acertadamente y en consonancia con las tendencias actuales, que a medida que se profundiza y se intenta encontrar claridad ante estas patologías, se tropieza cada vez con más oscuridad que además les obliga a orientarse hacia otros especialistas para su tratamiento global, desde varios puntos de vista, y es en la multidisciplinalidad donde se encuentra la clave de la curación.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.8.2. EL ENFOQUE CONDUCTUAL**

Empezó a tener relevancia en los sesenta con Skinner y otros, aunque comenzó con los trabajos de Pavlov. El conductismo mantenía la existencia de la conducta sin reconocer los procesos interiores como hizo el psicoanálisis, la conducta siempre era aprendida ya fuera positiva o negativa, será en 1986 cuando Bandura completa la teoría con la existencia de procesos cognitivos. Propone que los trastornos alimentarios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos).

En la anorexia según este enfoque se darían unas consecuencias ambientales que producen un refuerzo y aversión de estímulos y ansiedad, provocadores de la respuesta de la no alimentación. El refuerzo positivo de la conducta anterior sería la delgadez y por tanto la sensación de autocontrol. (González Ibáñez y Jiménez Murcia, en V, Turón Gil, 1997)

No obstante, este enfoque ha dedicado poca atención al estudio del trastorno, y tampoco ha habido un desarrollo excesivo de instrumentos de evaluación específicos, centrándose especialmente en el desarrollo de técnicas de tratamiento (por ejemplo en la terapia actual de los hospitales, se usa la estimulación a través de premio refuerzo o castigo, obligando a las chicas/os enfermas/os a dejar de hacer cosas que les gustan si no cooperan en el tratamiento o premiándolos con sesiones dobles de televisión o lectura si cooperan, con buenos resultados en la práctica al menos a corto plazo).

Schütze 1983, recoge este tratamiento explicando como no se hace hincapié en el hecho de la ingesta y no se le obliga, lo único que se hace es reforzar los elementos de colaboración y las subidas de peso en función de los progresos y se castigan las actitudes negativas, ante las cuales se toma una actitud de "no hacer caso", lo que debilita las conductas, y elimina las tensiones, siempre y cuando se llegue a un estado adecuado en el que tampoco se perjudique al paciente que ante el extremo desinterés de todos, agudiza sus comportamientos negativos que es lo que primero se

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

intenta evitar. Por otro lado, aunque en un primer momento ya se observaron buenos resultados con los principios del condicionamiento operante en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, dichos procedimientos fueron duramente criticados por su utilización simplista y peligrosa, ya que una vez conseguían el alta las pacientes, remitían a sus antiguos hábitos por lo que se demostraba que la terapia conductual era más eficaz en las primeras fases del tratamiento (Hsu 1980), citado en González Ibáñez y Jiménez Murcia, en V. Turón Gil (1997). No obstante, en la actualidad se encuentran apoyadas tanto las leyes del aprendizaje en que se basan estas técnicas terapéuticas como la utilidad clínica de dichos procedimientos. Ahora bien, también es preciso señalar que el enfoque conductual por sí solo resulta también insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad que entrañan estos trastornos.

En cuanto a la bulimia los autores admiten que la ansiedad es el factor más importante en la enfermedad, la conducta atracón-purgación acentuado por la ansiedad, se desarrollan en un círculo vicioso donde ésta, genera la conducta de atracón y posteriormente se genera mayor ansiedad ante el miedo a engordar por lo que la respuesta será el vómito. El secreto según Fairburn (1994), era destruir la dinámica de dieta restrictiva-atracón-vómito, e instaurar un patrón de ingesta adecuado, modificando los pensamientos y creencias distorsionadas y erróneas, identificando la naturaleza de los problemas que precedían a los atracones para intentar solucionarlos. Varios autores concluyeron que la terapia conductual era más eficaz que la psicoterapia individual en las actitudes relacionadas con el peso y los vómitos y de mejores resultados que los fármacos. La mayor parte de estos enfoques proponen factores causales únicos, sin embargo, los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que de cuenta de toda la complejidad que los caracteriza.

### **I.8.3. MODELOS MULTICAUSALES.**

La tendencia de los últimos años es considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Así mismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración sexual y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera, aparecen los primeros modelos biopsicosociales para dar cuenta de este tipo de trastornos.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El primer modelo conocido, que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores, es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas en 1981 y posteriormente ampliado y modificado por Pirke y Ploog (1987). Dicho modelo parte de tres factores (predisposición biológica, predisposición psicológica y entorno social) que interactuarían entre sí para dar lugar al trastorno de la conducta alimentaria.

En esta misma línea, J.Toro y E.Vilardell (1989), consideran el trastorno anoréxico como una patología multidimensional (engloba y obedece a diferentes dimensiones de la persona - biológica, psicológica, y social, principalmente) y que obedece al modelo multicausal de la enfermedad (es decir, para que aparezca el trastorno anoréxico sería necesario que varios factores interactuaran entre sí para dar origen a dicha patología). Así se establece la existencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno anoréxico.

Otros autores, proponen diferentes modelos integradores que tratan de explicar el origen y mantenimiento de diferentes trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y sobreingesta compulsiva. Estos autores enfatizan además el importante papel que juega la psicopatología secundaria asociada a los TCA.

Entre otros, referimos un ejemplo. Striegel-Moore (1999) elabora un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la "superwoman" podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

#### **I.8.4. LOS PLANTEAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES.**

Proponen que entre las variables estímulo y respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de los sujetos con trastornos alimentarios son de alguna manera la consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal anteriormente citadas. No obstante, al

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
<b>I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.</b>
I.9 DESENCADENAMIENTO DE UN TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

igual que ocurría con otros modelos vistos anteriormente, por sí solo el enfoque cognitivo-conductual no puede dar cuenta de todos los aspectos implicados en los trastornos de la alimentación. Según Rosa Calvo (Protocolo de TCA, 1995. AA.VV. Coord. G. Morandé) el tratamiento cognitivo conductual es aplicable a los TCA, siempre que se cumplan algunas pautas, como la definición rigurosa del síndrome en cualquiera de sus formas anoréxicas o bulímicas.

El seguimiento se hará por medio de procedimientos directos que no estén sesgados con cuestionarios o entrevistas telefónicas.

El seguimiento es de larga duración.

El criterio de mejoría en un área no refleja su mejoría en todas.

El enfoque cognitivo conductual requiere tratamiento en cuanto al físico y en cuanto al aspecto psicológico de aceptación de la enfermedad y abordaje.

Específicamente en la bulimia este enfoque cognitivo-conductual permite verla como un trastorno conductual que puede ocurrir en diferentes situaciones: bien en personas que no parecen tener otros problemas pero desarrollan conductas bulímicas debido a factores culturales, o como síntoma asociado a trastornos afectivos, o de adicción etc, en cualquier caso la terapia se aplica a todos pero se adapta a cada paciente, ya que aunque el principio de las conductas sea el mismo, los detonantes, la curación y la capacidad de recuperación en un tiempo determinado dependen según sea el trastorno.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
<b>I.9 DESENLACE DE UN TCA</b>
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.9. DESENLACE DE UN TCA**

El desarrollo de un TCA no es instantáneo, por lo que en el proceso de desencadenamiento de la enfermedad hay pautas conductuales que varían en todos los aspectos de la vida de los jóvenes. La detección precoz de un TCA, es casi un seguro de curación efectiva, es necesario conocer algunas pautas de fácil observación de la conducta sobre todo de la alimentaria, para descubrir cuales pueden ser en el origen los condicionantes de estas enfermedades.

Hay que diferenciar cuando existen cambios normales de la adolescencia, cambios corporales y personales para ajustarse a un patrón de estética más adecuado y cuando existen descontroles psicológicos y físicos que puedan desencadenar un TCA. Perder peso no implica caer en la enfermedad, son necesarios la confluencia de otros factores multicausales.

La familia en general debería percibir unas normas claras en el orden y cantidad de comida para todos en la casa, aunque es posible cierta flexibilidad. El hecho de respetar los horarios también es característico de una buena conducta familiar. El tema de la alimentación o el físico, no debe ser nunca punto de litigio, y lo ideal sería desplazar la preocupación a otros temas, para no hacer del aspecto físico el punto fundamental en la relación o aceptación. La observación de las comidas a deshora, la falta de comida, comer excesivamente o las visitas al W.C. o la posibilidad de que se guarden alimentos, no deberían pasar desapercibidas dentro de la familia, aunque también hay que considerar que hay fases normales de dietas y regímenes que no son enfermedad y no tienen más importancia.

En definitiva la necesidad de favorecer la comunicación, para que la psicología y los temores de la juventud salgan fuera, es la clave para que puedan ser orientados correctamente.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
<b>I.9 DESENLACE DE UN TCA</b>
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.9.1 ACTITUD ANTE UN CASO DE TCA**

Muchas personas no consideran estos trastornos como un verdadero problema de salud o creen que el único problema es que no comen, tenemos que decir que estas enfermedades son las manifestaciones de problemas más profundos y vitales. Algunos elementos del trato personal a tener en cuenta si se padecen trastornos de la conducta alimentaria y que son reflejo de las preocupaciones y de las causas donde radican estas patologías son:

1. Con personas sensibles a estas alteraciones, debería evitarse hablar sobre la comida y el peso puesto que aunque es la manifestación mayor de su angustia, este no es el problema psicológico fundamental para ellos.

2. Es fundamental que los jóvenes sientan que no están solos, que los quieres y quieres ayudarlos de cualquier forma que esté a tu alcance, por tanto también animarles a buscar ayuda.

3. No es bueno obligarlos a comer, ni hacer de las comidas un campo de batalla puesto que la tensión es mayor y aunque esta actitud sea sólo un síntoma de la enfermedad, puede agravar los elementos que están desatando la patología.

4. Los comentarios sobre el peso o apariencia, perjudican y recalcan la obsesión ante uno mismo.

5. Los enfermos no pueden ser culpabilizados, ni enfadarse con ellos diciéndoles que están arruinando el ambiente familiar.

6. En general estas personas necesitan más ser escuchados que recibir consejos u opiniones. Nadie debe tomar el papel de terapeuta, intentando buscar una sintomatología física como si fuera por ejemplo una enfermedad cardíaca.

7. En general las/os chicas/os con trastornos alimentarios no quieren desnutrirse sino que sienten que deben hacerlo.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
<b>I.9 DESENLACE DE UN TCA</b>
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

8. La curación siempre debe ser inducida aunque no es posible forzarlos a que se curen, es eficaz ayudarles a comprender que no son felices con la vida que han elegido vivir y que su actitud ante las comidas no va a hacer cambiar esta situación.

Es lógico pensar que si hay unas pautas de comportamiento a desarrollar estando cerca de estos enfermos la mayoría de estas pautas irán orientadas a los elementos o actitudes que de alguna manera han hecho más vulnerable a los enfermos. En la guía anterior por tanto es objetiva la presencia de los elementos multicausales que pueden originar un TCA. En primer lugar la disconformidad psicológica y física con uno mismo origina una reacción adversa ante cualquier comentario relacionado con la personalidad y fundamentalmente con el aspecto del paciente, de la misma manera los TCA son una enfermedad causada por un trastorno afectivo por lo que los enfermos deben ser queridos y sentirse apoyados realmente por aquellos que se lo demuestran. Por otra parte la presión social y psicológica referente al culto al cuerpo determina para los enfermos una cierta aversión a los comentarios estéticos sobre ellos mismos y sobre temas relacionados con las dietas o alimentación, así como las comparaciones con otras personas.

Otros de los aspectos realmente más relacionados con los TCA son los temas familiares, origen y sustrato del desarrollo de la enfermedad, por lo que los comentarios directamente relacionados con la disconformidad familiar son nocivos para la salud del paciente. La familia, amigos y terapeutas deben siempre tener una actitud y capacidad de responder a la resistencia del paciente, aceptando con sosiego las pretensiones del enfermo de hacerle ver que no está enfermo. El entorno debe esforzarse en no culpar al enfermo aunque sí hacerles responsables de sus conductas.

En general esta aproximación a la actitud a posteriori de un paciente de TCA nos ayuda a descubrir la originalidad del trastorno y sus múltiples relaciones con otros aspectos diferentes de la presión social y de la publicidad como manifestación más atrayente y de los roles sociales generalmente aceptados.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
<b>I.10 EVALUACIÓN</b>
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.10. EVALUACIÓN**

Los estudios prospectivos realizados hasta el momento, tienden a ver un aumento de enfermos de TCA, que acuden a la consulta. Este problema, lleva a la muerte al algunos, cronificándose en un porcentaje elevado y que en los demás casos deja secuelas en el área social, laboral, sexual, familiar o por otra parte conlleva una serie de trastornos de tipo fóbico, manías alimentarias, miedos y temores.

El primer aspecto que se debe evaluar cuando se debe abordar un caso de TCA, es su deterioro físico y su peso actual. Una vez recogida la historia general, personal y familiar así como la historia médica, se debe evaluar la dieta, los hábitos alimentarios del paciente, y las conductas purgativas si existen. Igualmente resulta necesario evaluar las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y la valoración estética de la misma; y finalmente la existencia de otros posibles trastornos asociados. En general, la privación alimenticia es formadora de hábitos, por ejemplo los carbohidratos, postres y golosinas, como están absolutamente prohibidas en la dieta de la chica /o enferma/o, se convierten en un polo de atracción irresistible, como podría ser una droga. Lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma. Una vez que el trastorno se ha instalado, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno o se debe a características de personalidad, para lo cual será preciso primero restablecer las condiciones físicas, ya que se vuelve difícil lograr una mejoría anímica de la persona afectada si no se empieza por sacar al cuerpo de un campo minado. Una vez repuesto mínimamente, es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevaron a ese camino sin salida.

Para la evaluación de estos trastornos se utilizan autorregistros, autoobservación, observación conductual, autoinformes y entrevistas. Por motivos didácticos, los instrumentos se han dividido en entrevistas diagnósticas, entrevistas para evaluar la psicopatología asociada al trastorno, autoinformes sobre actitudes y síntomas de los trastornos alimentarios y autoinformes que evalúan la percepción que tiene el sujeto sobre su imagen corporal entre otros existentes y aplicables según la orientación del tratamiento.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
<b>I.10 EVALUACIÓN</b>
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es, sin embargo, importante tener en cuenta que este cuadro clínico será diferente según la estructura psicológica previa y el contexto psicodinámico en el cual sobreviene. También es importante tener en cuenta que los TCA, adquieren rápidamente significación propia en cuanto conducta autónoma y borra estructuras previas con las que arrasa vertiginosamente, adquiriendo así, misteriosamente, sus propias capacidades.

Para P. Jeammet (citado en C. Martínez de Bagattini, 1995) los recuerdos en las enfermas, parecen borrarse al borrar toda actividad normalizada y sería producto de este empobrecimiento lo que las llevaría a un tipo de pensamiento automático, en donde la rutina de los hábitos es más poderosa que la originalidad de llevar adelante una vida, diferente cada día y marcada por la espontaneidad de la juventud primera. Se anula todo proceso asociado a la vida diaria que empieza a sentirse como amenazante, se niega todo lo placentero. Por otro lado la/el enferma/o buscan sensaciones provenientes de la insatisfacción de las necesidades del cuerpo. Triunfo y poder de dominar todo deseo, el más indomable: el hambre.

Nosotros pensamos que los/as enfermos/as nunca han experimentado una realización plena en su vida y si la hubo, fue extremadamente frágil. Se empeñan en mantener el dominio, de controlar su ser o su existir por su propia voluntad. Su cuerpo se aleja de todo lo que podría provocar el deseo por el objeto externo, contra el que luchará implacablemente, negándose todo. Quieren estar delgadas pero nunca lo están suficientemente, quieren dar la talla para lo cual no se conforman con mejorar ya que nunca lo hacen lo suficiente. El secreto está en vencer la apariencia intentando mantener un equilibrio entre mejorar y aceptarnos como somos.

Como dice J. Johnston, (1996) los enfermos, no creen que los demás puedan pensar que tienen una figura bonita, se sienten amenazados y faltos de existencia y autoestima, cuando tienen a alguien atractivo a su lado y mucho más si no lo conocen. En este libro se transcribe un comentario a propósito de la falta de autoestima de una enferma en los siguientes términos: "a mi novio no le decía nada porque si le decía lo insatisfecha que me sentía de mi cuerpo, seguramente el descubriría lo poco atractiva que era en realidad".

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
<b>I.10 EVALUACIÓN</b>
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A continuación, vamos a enumerar algunos de los instrumentos usados para la evaluación de los trastornos del comportamiento alimentario. Esta enumeración no pretende ser exhaustiva aunque sí permitir un acercamiento a las técnicas reales para el abordaje de los items anteriormente expuestos. Enumeraremos los tipos de instrumentos, así como sus objetivos principales a conseguir, y el nombre del autor que los propuso y aplicó. (Protocolo de los TCA, 1995. AA.VV. Coord. G.Morandé)

1. Entrevistas diagnósticas: Su objetivo principal es detectar conductas para facilitar el diagnóstico del trastorno.

- Interview for Diagnostic of Eating Disorders (IDED), Williamson et al., (1990).
- Eating Disorder Examination (EDE), Fairburn y Wilson, (1993).
- Stanford Eating Disorders Clinic, Agras (1987).

2. Entrevistas para evaluar la psicopatología asociada: especialmente para detectar la presencia de depresión, ansiedad, obsesiones, psicosis.

- Brief Interview of Secondary Psychopathology (BISP), Williamson et al., (1990).
- Clinical Eating Disorder Eating Instrument (CEDRI), Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik (1987).

3. Autoinformes de actitudes y síntomas de trastornos alimentarios: detectar sintomatología propia de los trastornos de la alimentación.

- Eating Attitudes Test (EAT), Garner y Garfinkel (1979).
- Eating Disorder Inventory (EDI), Garner y Olmstead (1984).
- Bulimia Test (BULIT), Smith y Thelen (1984).

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
<b>I.10 EVALUACIÓN</b>
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Binge Eating and Cognitive Factors Scale, Gormally, Black, Daston y Rardin (1982).

4. Autoinformes sobre la imagen corporal: detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.

- The Body Esteem Scale (BES), Franzoi y Shields (1984).
- The Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ), Cash, Winstead y Janda, (1986).
- Body Shape Questionnaire (BSQ), Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).
- Escala de siluetas o de figuras, Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero, y Veitia (1985).
- Subescala del EDI, Garner y Omlsted (1984).
- Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal, Toro, Salamero, y Martínez (1994).
- Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), Rosen, Salzberg, y Srebnik (1990).
- Cuestionario de burlas, Thompson, Fabian, y Moulton (1990).
- Tratamientos por imagen virtual en ordenador (Hospital de Castellón, 1999)

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.11. TRATAMIENTO**

En los últimos años, a los trastornos de la alimentación más frecuentes, sobrepeso, obesidad, desnutrición, se han agregado, en veloz crecimiento de su incidencia, otras patologías preocupantes como son los trastornos de la conducta alimentaria y que en su variedad y abordaje experimentan una dificultad añadida en su tratamiento.

Como dice P. Jeammet.

*" Estas adolescentes son sensibles al interés que uno les ponga y el efecto de un método es tributario de la forma que ella (la anorexia) está investida por el terapeuta que lo aplica. Es frecuente constatar los buenos resultados sintomáticos iniciales obtenidos por todo nuevo método y, lo contrario cuando la aplicación de un método se vuelve rutinaria. La anorexia constituye un buen ejemplo de la importancia esencial del trabajo en equipo y de la alianza terapéutica entre todos los que intervienen". (citado en C, Martínez Bagattini, (1996)*

Como destacamos en la cita, lo importante es la alianza terapéutica a la hora de abordar el tratamiento, el hecho de aliar a varias ramas de la medicina en la curación de un TCA es lo que ahora vamos a tratar.

### **I.11.1. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

#### **I.11.1.0. ORIENTACION DE LOS TRATAMIENTOS**

Para algunos terapeutas, principalmente los de la escuela francesa, según la doctora Mabel Bello, (Conferencia sobre TCA 19-1-99), la anorexia debe curarse en la soledad, por tanto nunca dentro de la familia sino absolutamente aislada de ésta, evitando cualquier contacto mientras la evolución no sea satisfactoria.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el Doctor G. Morandé en algunas ocasiones es necesario el aislamiento familiar al principio del tratamiento, aunque no en todos los casos como primera medida.

Otros proponen un internamiento con reposo pero no con absoluto aislamiento. Algunos siguen la teoría behaviorista de castigo y recompensa para el cambio de la conducta alimentaria. El tratamiento psicoterapéutico es aceptado por la mayoría de los autores aunque con matizaciones respecto al tipo de psicoterapia utilizada, unos se inclinan por la psicoanalítica y otros la rechazan totalmente, en cualquier caso, no se pueden curar los TCA solamente con psicoterapia.

Otras corrientes como Selvini-Palazzoli (1974) más antiguamente y G. Morandé (1990), más recientemente, proponen la importancia de ampliar el abordaje terapéutico a la familia. El tratamiento familiar debe estar íntimamente unido al terapéutico, y donde la enferma presentará una lucha en ambos frentes sobre todo en la etapa primera del desarrollo, a propósito de esto ya nos decía Lasègue

*"Una primera falla médica no es jamás irreparable, a la espera de los juicios que uno hace sobre ellas, aquellos juicios sobre todo a los que se asocia a la familia, ellas no perdonan y consideran que han empezado las hostilidades y se atribuyen el derecho de continuarlas con una tenacidad implacable"* Lasègue, 1872. (citado en C, Martínez de Bagattini, 1996)

La cita intenta reflejar las hostilidades de los enfermos frente a la familia, sobre todo cuando a los enfermos se les obliga a comer y ellos tienen la percepción de hacer algo en contra de su voluntad de lo que su familia es el primer cómplice de los médicos. Poco pueden hacer los padres ante la tristeza, irritabilidad, discusiones frecuentes, aislamiento, insomnio, de sus hijos, en estos casos se debe requerir la valoración de un especialista y asociaciones de ayuda. Para G. Morandé (1990), el tratamiento debe realizarse en unidades especiales, pequeñas, en un hospital especializado, porque este trastorno tiene un cuidado terapéutico muy prolongado y especial, además de largo, con las características anteriormente señaladas.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### **I.11.1.1 EL TRATAMIENTO FÍSICO**

El tratamiento de orientación múltiple en un primer momento centra su objetivo, tanto en pacientes anoréxicas como bulímicas, en la atención de las alteraciones somáticas, -puede llegar a estar en peligro la vida- y en el logro de la realización de una alimentación armónica. La desnutrición de la anoréxica/o, provoca y sostiene algunos de los síntomas psicológicos presentes, haciendo indispensable cierto grado de recuperación nutricional para, contar con la posibilidad de realizar una labor psicoterapéutica más interpretativa. Los trabajos clínicos que exhiben variadas formas de tratamiento de los trastornos alimentarios, suelen considerar como criterio de éxito, la mejoría sintomática. De tal manera, las pacientes anoréxicas no son consideradas "curadas" al aumentar de peso y recomenzar los períodos menstruales y las bulímicas al disminuir sustancial o totalmente los atracones y los vómitos porque estas enfermedades siguen reuniendo un "temor mórbido a engordar".

Uno de los elementos más importante para comprender estas patologías es comprender que las características que subyacen y sustentan a los síntomas, no suelen ser suficientemente consideradas. Algunos trabajos, se ocupan sólo de lo aparente, de la punta del *iceberg*, sin enfocar las relaciones entre condición psicopatológica y personalidad. El grado de participación de cada uno de los factores involucrados y su particular combinatoria hará un "estilo" singular de funcionamiento. Aparecerán así, no solamente distintas entidades clínicas, sino que aún dentro de cada una de ellas, pueden diferenciarse formas de comienzo, intensidad de la sintomatología, presencia o ausencia de desórdenes de la personalidad concomitantes, grado de cronicidad de la enfermedad, alteraciones somáticas y psíquicas agregadas como consecuencia del trastorno alimentario. Son estos estilos singulares, estos procesos específicos de cada paciente, los que hacen necesario la aplicación de medidas terapéuticas variables y que se ajusten a cada caso en particular. Estos recursos de tratamiento se corresponden con distintas disciplinas, configurando la necesidad de implementar tratamientos de orientación múltiple. Las alteraciones nutricionales, son una dificultad considerable para la realización de una labor psicoterapéutica, por lo que deben tener prioridad de atención. La desnutrición provoca y sostiene algunos síntomas psicológicos, siendo necesaria una recuperación del peso en el caso de las anoréxicas, mientras que el cumplimiento de una ingesta regular es prioritario en la bulimia. En estos casos en los que la vida, por defecto

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

como por exceso de alimentación, está en peligro, es necesario el internamiento en un hospital. Ante la falta de colaboración en muchos casos de los pacientes que se niegan a ser internados, la legislación española cuenta en la actualidad con armas jurídicas que permiten ayudar a los jóvenes afectados de anorexia y bulimia, según los artículos 211 del Código Penal y 255 del Código de Familia catalán.

Un ejemplo de esto es el caso del juzgado de 1ª Instancia número 40 de Barcelona, el cual acoge bajo los términos de enfermedad psiquiátrica estos trastornos, en la medida en que también son trastornos mentales. Este juzgado ha determinado la incapacidad jurídica de una enferma, (incapacidad es según la Ley General de Sanidad en su artículo 10, aquel que no tiene suficiente juicio para poder seguir un tratamiento, precisando que en los casos de anorexia sólo se ejercita si el médico psiquiatra diagnostica primero una anorexia crónica). Aunque no se sabe a ciencia cierta los números de ingresos judiciales; en Barcelona solamente, rondan la veintena cada mes. La acción judicial actúa no en forma sancionadora sino coercitiva alegando la ley natural que defiende la vida, sabiendo que una anoréxica que no reciba tratamiento puede perjudicarse a sí misma, por el suicidio, debido a esto el juez se ve obligado a ingresar judicialmente a los enfermos. El código de familia catalán permite el internamiento involuntario de un adulto enfermo por autorización judicial.

Una vez ingresado el paciente, con la colaboración de un profesional especializado en nutrición, se deben recuperar la salud en caso de deterioro y corregir las deformaciones de la alimentación buscando una ingesta armónica, sujeta a horarios y suficiente. En el caso de las conductas bulímicas, la tarea debe centrarse en la realización de un corte del ciclo dieta-atracón-purga. Para la concreción de estos objetivos, la ayuda que prestan las técnicas cognitivo-conductuales son de suma utilidad.

En el primer momento la **labor psicoterapéutica** enfoca la situación alimentaria alterada apoyando los esfuerzos de los profesionales encargados de la atención nutricional. Se brinda, al mismo tiempo, información a los pacientes y sus familiares sobre la problemática de su padecer. Los inconvenientes de las entrevistas iniciales ponen en evidencia la dificultad de las pacientes para expresar sus pensamientos y sentimientos. En este sentido las técnicas no verbales son de gran ayuda. Entre ellas, el "collage" de imágenes en trastornos alimentarios (CITA), favorece la externalización a partir de la elección de estímulos determinados que exteriorizan la

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

conformación de su mundo interno, único e irrepetible con sus pensamientos y sensaciones.

Al mismo tiempo se realizan reuniones grupales con el objeto de informar a las pacientes de las características de la enfermedad, sus causas, sus consecuencias, los riesgos a que se exponen, los límites biológicos para mantener una disminución excesiva de la alimentación y un peso exageradamente bajo sin enfermar, lo receptivas que son a las influencias socioculturales; sobre cada uno de estos temas se realiza una discusión abierta que permita un mayor conocimiento y refuerce la alianza de las pacientes entre sí y con el equipo terapéutico. Pueden efectuarse reuniones similares con la participación de los familiares significativos a fin de implicarlos en la problemática y optimizar su colaboración. Algunos autores opinan a favor de la terapia corporal, en la que se trabaja grupalmente sobre la distorsión de la imagen corporal y en la búsqueda de lograr que reconozcan sus emociones, habitualmente ignoradas y, así, puedan lograr un mejor control de sus impulsos. Un paso posterior en el trabajo corporal, es el encuentro con el propio cuerpo como fuente de placer. En general la mayoría de especialistas piensan que la distorsión mejora a medida que lo hace el estado general por lo que no se hace necesario el tratamiento localizado.

El uso de fármacos es de ayuda en las enfermas no para curar sino para remitir la sintomatología añadida, como puede ser el cese de los vómitos, especialmente en la bulimia. Algunos entre otros, como la fluoxetina, independientemente de la actividad que desarrollan sobre el humor, suelen provocar un corte del ciclo dieta-atracón-purga. Instalado un cambio suficientemente razonable en el plano alimentario, comienza el segundo momento terapéutico dirigido a revisar las características estructurales que dieron origen a la sintomatología y a la resolución de las alteraciones psicológicas sobrevenidas como consecuencia de la enfermedad.

### **I.11.1.2. TRATAMIENTO PSICOLOGICO**

El trabajo psicoterapéutico individual y/o grupal ocupa ahora el centro de la escena, para revisar las características estructurales y resolver las alteraciones psicológicas derivadas, las relaciones con otros, los mecanismos de defensa, el sentimiento de competencia (su creencia en la capacidad para enfrentar situaciones



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

comprometidas) y el funcionamiento en relación con sus criterios y la capacidad para regular su conducta de acuerdo a sus ideales y a su conciencia. El objetivo primordial es lograr que las pacientes encuentren soluciones reales a los cambios en su vida, sin la pseudosolución que representa la alteración de la alimentación.

La inclusión de un terapeuta familiar se hace necesaria siempre, teniendo en cuenta la naturaleza de los problemas que incidan en el desarrollo de la enfermedad, depresión, alcoholismo, neurosis graves o preocupación desmedida por el peso y la silueta en los familiares de primer grado, son ejemplos de ello. Una dinámica familiar que dificulte la separación y la autonomía por su rigidez y sobreprotección o trastornos psicológicos que aparezcan concomitantemente con la mejoría de la paciente también indican la necesidad de trabajar con la familia. En núcleos con buena comunicación y dinámica, las reuniones periódicas con los familiares para transmitirles el estado de la enferma y hacer aclaraciones sobre los problemas derivados del trastorno alimentario, provocan una mayor predisposición para colaborar.

Como vemos, los trastornos alimentarios severos conllevan tratamientos que permitan combinar técnicas provenientes de marcos teóricos diferentes, ensambladas para cada paciente de una manera singular.

#### **I.11.1.2.1. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

A continuación recogeremos los elementos a tener en cuenta de lo anteriormente expuesto para ensamblarlo dentro del modelo cognitivo conductual de aplicación al tratamiento de los TCA.

##### **I.11.1.2.1.1. APLICACIÓN EN ANOREXIA.**

En realidad, con el tratamiento de la anorexia hay que tener mucho cuidado, ya que durante el tratamiento, la etapa crítica del mismo va pareja a una lucha terapéutica en la que la anorexia lo único que come es al equipo terapéutico, por tanto el profesor Yunes en la mesa redonda de ALCMEON 16, propone que el equipo debe estar unido y no disociarse en la lucha por la curación que es lo que la enferma pretende, creando la misma inquietud en el ámbito de la terapia, como en el ámbito de la familia.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la actualidad el tiempo medio de tratamiento está en torno a los cuatro años, aunque la mayoría de las veces se extiende mucho más, con una o varias hospitalizaciones de unos meses de duración y un seguimiento ambulatorio muy prolongado. Las recaídas deben tenerse en cuenta como elementos presentes en el tratamiento, ya que suelen ser frecuentes las mejorías inmediatas seguidas de recaídas, por lo que es necesario el control y seguimiento prolongado de los pacientes. En el tratamiento es necesario el reconocimiento de la enfermedad por el paciente y el deseo manifiesto de curarse.

La terapia será individual y grupal. El tratamiento conlleva una parte de restablecimiento físico apoyado en el equipo psicoterapéutico, y una segunda de aceptación y participación de los pacientes en el proceso de su autocuidado. En general como expone R. Calvo, (1995) en el Protocolo de TCA. AA.VV. Coord. G.Morandé), el hecho de lograr una colaboración sincera de los enfermos es "casi" como lograr la mitad del tratamiento.

## 1. La terapia individual

Con esta terapia se establece la colaboración de la paciente.

Según el Protocolo de TCA (1995. AA.VV. Coord. G.Morandé), conlleva:

### a) **Valoración conjunta de terapeuta y paciente.**

En general la clave del tratamiento se basa en la realización de tratos que cada una de las partes, médico y paciente deben cumplir. Por ejemplo en el caso de la necesidad de ingreso o no, y siempre que la vida de la paciente no esté en juego se llega a una serie de acuerdos, sobre el incremento de peso pactado por ambos en un periodo considerable de tiempo, de 2 ó 3 semanas. Si el contrato<sup>36</sup> se cumple, se evita el ingreso y se avanza a través del tratamiento ambulatorio. En cualquier caso las decisiones de ingreso deben tomarse conjuntamente por el médico y el paciente.

### b) **Cambios en la atribución de la enfermedad**

La autoculpabilidad es muy frecuente entre los pacientes. El médico debe

<sup>36</sup> Es necesario caer en la cuenta, que para algunos terapeutas, el hecho de negociar es excusa para que la conciencia del médico se mantenga limpia, y una vez alcanzados los objetivos darse por satisfechos en el tratamiento. Algunos especialistas hablan de actitud pretenciosa cuando se aborda el tratamiento en términos de "contrato".

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

disminuir esa culpa a su justa medida desde el momento que enseñe a los enfermos que sus fines no son anómalos, estar delgado, tener autocontrol, lo realmente negativo es los procedimientos que se usan y que deben cambiarse.

**c) Deben identificarse y solucionarse los problemas.**

Principalmente aquellos que incomoden a los pacientes y sean de tipo físico (estreñimiento, plenitud gástrica, miedo a perder el control cuando come...)

Uno de los problemas más comunes es el estreñimiento que producido por la ingesta de laxantes, ocasiona un fenómeno de tripa hinchada que desagrada e incomoda y que una vez eliminado permite la mejor evolución ante la terapia.

**d) Retribución del sentido de la normalización en la comida y el incremento de peso.**

Se trata de hacer ver la diferencia entre estar emaciado y estar delgado, y que el comer es el camino mejor hacia el objetivo de adelgazar.

Hay que enseñarles a comer normal, para conseguir una silueta delgada, según el Protocolo de TCA (1995, AA.VV. Coord. G.Morandé) en los test de siluetas, se percibe que la imagen ideal de los pacientes no estaba distorsionada, sino que era la real la que lo estaba, siendo más gorda la ideal elegida que la real, y aun así, seguían los pacientes haciendo dieta para conseguirla.

**e) Normalización del peso y la comida.**

En este punto, de nuevo aparece la práctica de contratos a través de condicionamientos y refuerzos positivos y negativos, que deben llevar a cabo tanto la familia como los ATS, en estos contratos se practican tareas y actividades que se dejan realizar a cambio de otras.

**f) Durante el ingreso hospitalario**

Se pacta el peso de salida por escrito y se recoge el de entrada para que luego no haya diferencias ni dudas. La dieta será individualizada, se les pesará asiduamente cada día, o de dos en dos, para ver su evolución, el peso se realiza en ayunas y en la mayoría de los casos se le evita este dato al paciente. Las visitas se restablecen en la mejoría y se utilizan para incluir el ambiente familiar y la adaptación al medio habitual, incluso dando permisos de fin de semana.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**g) Durante el tratamiento ambulatorio.**

- Establecimiento de contrato terapéutico de peso mínimo
- Reorganización ambiental de la casa, y de los hábitos de comida a los que en ocasiones se adapte la enferma progresivamente.
- Reestructuración con el peso de los hábitos y actividades propias de los pacientes, estudios, deportes... si los hábitos familiares no se reestructuraran no habría posibilidad de mantener el contacto familiar, siendo más oportuno la separación familiar.
- Facilitar a los pacientes hojas de registro y gráficas de peso para que aprendan a diferenciar sus temores de peso y la realidad corporal de su cuerpo, que identifiquen las sensaciones de engordar y adelgazar en la búsqueda de su propio peso adecuado. Otro objetivo de las hojas de registro es el de corresponder la cantidad de comida ingerida con los aumentos de peso.

**h) El alta**

La vuelta a casa va unida a unas conductas que se deben afrontar , otras deben mantenerse y otras modificarse. Hay que abordar el tema de las visitas llenas en muchos casos de atrición gratuita.

Invitaciones a comer o regalos de comida.

Comentarios desafortunados, "estas mejor" significa "estas más gorda" y estar más gorda significa "tengo que pasar hambre".

La comida al volver a casa debe estar en lugar aislado durante un tiempo, siempre que esta actitud no produzca elementos de discriminación familiar o culpa.

**i) Desarrollo de la autoconciencia corporal.**

Es importante fomentar la autoconciencia corporal, en aumento por la relajación, autopercepción corporal que ayuda a la reinterpretación de las señales. Observación de pensamientos asociados, basado en la asociación de las sensaciones y las cogniciones del cuerpo.

Se incrementa y consigue la corrección de la percepción corporal de la delgadez. Los mejores avances se producen en grupo, cuando se deja de negar la enfermedad ya que es difícil engañar al grupo.

**j) Manejo de los trastornos fóbicos y la ansiedad.**

Se elimina la situación de estrés continuo, se produce una desensibilización ante los elementos de la fobia.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### **K) Ante ataques bulímicos.**

Si se presentan trastorno bulímicos, se llevan a cabo técnicas cognitivo conductuales de auto-control o de prevención de respuestas y corrección cognitiva, aplicables si la participación y respuesta de los pacientes es favorable.

## **2. El trabajo en grupo.**

La terapia individual es muy complicada pero lo es también la de grupo, el grupo consigue que en muchas ocasiones los pacientes se desanimen y abandonen el tratamiento porque es difícil que gente con tan baja autoestima ayude a nadie, además de que los enfermos son sensibles a todo y que no reconocen su mal, el panorama puede desesperar al médico más experimentado.

Los comienzos son duros, pero después, el grupo consigue paliar la baja autoestima, y permite experimentar relaciones de autocontrol, de exteriorizar sus emociones, cambios sociales, habilidad para afrontar emociones.

Llevar un grupo de anoréxicas es difícil, puesto que además de la dificultad de interacciones, es difícil que sea grupo cerrado por las altas y bajas continuas que se dan en ellos, por desesperación o porque al estar mejor necesitan demostrarse que pueden hacerlo solas. La técnica del grupo puede hacerse de diferentes maneras y puede tenerse en cuenta desde aspectos teóricos diferentes e incluso pueden hacerse al principio o al intermedio del tratamiento.

La ventaja de los grupos es que sus pacientes se tranquilizan al reconocer sus problemas en otras personas. Muchos son los elementos a tener en cuenta pero no todos se dan en cánones estándar, puesto que la composición, marcha y control de los mismos es muy variada y marca tendencias de conducta diferentes según sus componentes. En cualquier caso se da gran importancia a la utilización de elementos que faciliten la individualización de la persona. Se establece un feed-back, no agresivo, en el que se puedan manifestar de forma libre y adecuada, la aceptación de sí mismos sin imposición de autocastigos, la integración en pautas habituales de conducta y socialización, viaje de fin de curso. Las habilidades de "coping" (afrontamiento), y el desarrollo de habilidades para la superación de épocas difíciles. En este momento es muy efectivo la inserción de enfermas de estado avanzado de recuperación que permitan ser objetos de aprendizaje vicario por imitación, para satisfacer las esperanzas de recuperación de los otros.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante tener en cuenta la extrema generalización de comportamiento de los enfermos, por ejemplo, pensando que jamás se curarán porque siempre van a ser así, su punto de referencia son los pacientes cronicados y no los recuperados, intentan ser el centro de atención familiar, se quejan de sus males causados por la enfermedad como una consecuencia del tratamiento. Tienen pensamientos irracionales como, comer lo necesario es someterse, comer un dulce es igual a engordar varios kilos, no prestar atención a sus conductas es abandonarlos, independizarse es irse de casa ya, etc...

### **3. Los grupos de padres.**

Los padres se desbordan ante un trastorno como este, su principal miedo es a sentirse impotentes y culpables del trastorno. La ayuda paternal es fundamental pero si no se diera, no sería condición para la curación aunque los riesgos del éxito del tratamiento serían más altos. Los momentos de mayor tensión se producen cuando se les pide colaboración y se les informa del alcance del trastorno, cuando las recaídas son sucesivas, cuando aparecen las crisis bulímicas o cuando las mejorías se pierden por un simple comentario. El fin didáctico del grupo se basa en la reestructuración de los roles de los padres. Colaboración en la reestructuración de las tareas de la casa. A dos niveles:

#### **La nutrición**

Suprimir el caos alimentario, en cantidad y calidad, y lugar donde se come.

#### **Principios conductuales:**

En consonancia con lo anterior se estructura la reorganización ambiental del acto de comer, las tareas caseras, etc.

Características del cambio gradual. Hay que acostumbrarse al proceso de curación evitando acosos de tipo alimentario a los pacientes por parte de la familia.

La familia debe colaborar en la parcela de intimidad de su hijo, para llevar a cabo su tratamiento, sin intrusos a su alrededor, sin visitas, sin regalos de comida.

Los padres no deben descuidar su atención y cuidados, puesto que el agotamiento puede desesperarlos de manera que culpen de sus males a los pacientes.

Deben tratar sus miedos y ansiedades ante las posibles secuelas de la enfermedad, a su evolución, y posible cronicación.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deben aprender de la moderación en todos los aspectos tanto educativos como familiares, y deben tener en cuenta que la autoexigencia no es buena si se degenera en enfermedad y que todos debemos aprender de nuestros errores.

#### **I.11.1.2.1.2.APLICACIÓN EN BULIMIA.**

Este tratamiento cognitivo conductual, puede aplicarse igualmente en pacientes con bulimias de cualquier tipo ya sean parte de un cuadro anoréxico o no. El trastorno bulímico es muy prolongado en el tiempo y no remite fácilmente.

Como en todos los casos es fundamental tener en cuenta los tratamientos existentes y aplicarlos según las necesidades de la persona.

##### **a) Análisis funcional y organización alimentaria.**

El médico debe conocer cual es el fundamento de las conductas bulímicas ya sean, vómitos, atracones, periodos de ayuno, periodos de comida normal. Deben rellenarse al comienzo las hojas de registro con el propósito de conocer al paciente y sus conductas de manera que sea más fácil planificar su dieta y su ingesta calórica. Los elementos a tener en cuenta son :

La ingesta debe ser cada 3 ó 4 horas.

No debe suprimirse ninguna comida y no comer entre horas.

Permitir la ingesta de comidas bajas en calorías al principio y después introducir de todo.

Algunos autores inciden en que no se deben contar las calorías para no entrañar aspectos obsesivos y otros permiten la cuenta de calorías para demostrar que se puede comer más de lo que se cree sin engordar.

##### **b) El tratamiento ambulatorio o ingreso.**

Solo en situaciones graves los pacientes bulímicos han sido tratados en régimen de ingreso hospitalario debido a:

Grave estado físico

Riesgo de suicidio.

Paciente con graves problemas de impulsos y adicción (drogodependencia, alcoholismo...)

Aislamiento familiar.

Aislamiento social.

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.

El ingreso debe ser breve y dar la oportunidad de recobrar el control.

El tratamiento ambulatorio es preferible por:

Facilidad del paciente de acostumbrarse a sus hábitos alimentarios sin la necesidad de ingreso, lo que supone una rápida adaptación.

El hospital puede generar trauma ya que se consigue en poco tiempo la ilusión de que el estado mejora generalmente, pero el enfermo en tan poco tiempo no consigue una recuperación real.

#### **c) El tratamiento puede ser estructurado o no**

El tratamiento estructurado da énfasis a la interrupción de la conducta bulímica. En general la interrupción severa de sus conductas produce la indefensión y la amenaza hacia el paciente. Las teorías, por el contrario del aprendizaje confirman la posibilidad del ensayo-error para conseguir las conductas correctas definitivamente.

#### **d) Los grupos de autoayuda pueden facilitar en cualquier caso la oportunidad de expresarse y de llevar a cabo lo que estos aportan por su experiencia. La dinámica de los grupos es parecida a la de los "overeaters" o comedores compulsivos.**

### **1. Tratamiento individual.**

La combinación de tratamiento individual y grupal, permite una atención particular a cada problema y una atención que facilita en el grupo conductas de aprendizaje interpersonales, unido a un grado considerable de altruismo, y una conciencia más allá del propio cuerpo. El problema de la comida va unido a otros que irán saliendo poco a poco en la terapia, sin embargo la comida debe ser tratada desde el comienzo ya que si el problema alimentario persiste no habrá logros en otras áreas.

El paciente encuentra ayuda complementaria en los grupos de autoayuda, y la relación con los pacientes puede ayudarles a evitar el atracón, el cual se controla mejor con sesiones intensivas mejor que con sesiones espaciadas. El programa de tratamiento exige un control nutricional y la medida de la capacidad de cada persona de controlar su ingesta normalmente, para ver cual es el punto de inflexión hacia el atracón.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### **a) La educación nutricional.**

Por otra parte, hay que educar al paciente que está imbuido de errores conceptuales, también es importante que los paciente conozcan los factores que propician y los que pueden hacer degenerar en la enfermedad, así como sus consecuencias para la salud, se demostró que algunos pacientes han mejorado con este tipo de informaciones en su haber. En cualquier caso hay que evitar que la comida sea el centro de atención de los pacientes y educarles para que entiendan que la comida alimenta pero no tienen que engordar y que la subida de peso generalmente alcanza un punto de inflexión en el que la curva se vuelve asintótica y se estabiliza en torno a un peso preferente.

### **b) Afrontar las comidas compulsivas y conductas purgativas.**

Para ello hay que controlar los estímulos, hay que degenerar el comportamiento negativo aniquilando el factor desenlace, como puede ser la tensión, el trabajo, estudio, aburrimiento..., deben tenerse en cuenta que las conductas positivas deben reforzarse y las negativas tenerse en cuenta para aprender de ellas. Es fundamental controlar la ingesta en función de los pensamientos, observarlos y averiguar que es lo que uno piensa. Si el deseo es de ingerir treinta pasteles, hay que intentar demorarlos en el tiempo lo más posible para conseguir una ingesta regular. Ayudarse de conductas sensoriales positivas como dar paseos, hacer ejercicio, llamar a un amigo...

Considerando que el vómito es adictivo, es necesario aliviar al paciente del miedo a engordar para tener en cuenta que las conductas vomitivas, generan este miedo progresivamente. El eliminar estas conductas requiere un tratamiento similar a cualquier trastorno obsesivo-compulsivo. Primero una fase de exposición al estímulo y una segunda fase de prevención de la respuesta de escape.

En la bulimia se permite la exposición ante la comida prohibida que normalmente es evitada cuando no se puede vomitar y que si se ingiere es normalmente la que acaba en vómito. La exposición consiste en ingerir en la consulta esta comida y evitar el vómito dos horas y media después de comer, analizando a la vez las sensaciones que se producen en el paciente. Para controlar el vómito y otras conductas purgativas debe intentarse la demora de estos elementos lo más posible, eliminando los

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
<b>I.11 TRATAMIENTO</b>
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

vómitos más fáciles y así sucesivamente. En el caso de los laxantes es importante informar de los problemas que pueden traer y de su gravedad.

El estado de ánimo debe ser tratado igualmente por un terapeuta que consiga eliminar las sensaciones de impotencia, irritabilidad, desazón, de los pacientes.

### **c) Prevenir recaídas.**

Para conseguir esto es necesario, tratar de mantener el peso dentro del rango normal.

No ayunar o hacer dietas extremas.

No comer por estrés o ansiedad.

El **no**, es el comienzo remoto del atracón y debe evitarse comiendo de todo en cantidad suficiente sin excesos. El deseo tendrá un pico de intensidad que pasará después, por esto no es necesario decir a nada que "**no**" para evitar esos deseos no satisfechos, que puedan acabar en recaída. Todas estas conductas necesitan un entrenamiento previo y una fuerza de voluntad y control médico para saber llevarlas a cabo, una vez aprendidas se repiten sin esfuerzos.

### **I.11.1.3. FARMACOS**

En relación a los tratamientos con medicamentos, puede decirse que no está claramente establecido el papel de los fármacos, en el tratamiento de los TCA. La mayor parte de autores están de acuerdo en señalar que los síntomas se alivian cuando mejora el estado de desnutrición presente en la mayor parte de las pacientes. Por ello, dichos autores (Vandereycken y Meerman, 1984); recomiendan reestablecer un estado nutricional adecuado y, posteriormente administrar medicación sólo en aquellos casos en los que el paciente cumple todos los criterios para medicarse. Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa, parece que sí existen diferentes estudios que verifican la utilidad de los fármacos en el tratamiento de dicho trastorno (Toro, J yF. Vilardell (1989); a diferencia de la anorexia. Según se explica, los pacientes bulímicos logran recuperar el control sobre los impulsos con el consumo de ciertos medicamentos que apuntan a elevar los niveles de serotonina (un neurotransmisor) en el cerebro, regulando así las sensaciones de saciedad y de apetito.

## CAPÍTULO I: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- I.1 INTRODUCCIÓN
- I.2 DESCRIPCIÓN
- I.3 DEFINICIONES
- I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
- I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
- I.6 ANOREXIA.
- I.7 BULIMIA.
- I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
- I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
- I.10 EVALUACIÓN
- I.11 TRATAMIENTO**
- I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La administración de fármacos es un elemento problemático añadido a la estrecha relación existente entre ambos trastornos, anorexia y bulimia nerviosa, que no hace más que añadir confusión al asunto, tal y como señalan Toro,J y Vilardell,E (1989).

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## **I.12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

La confusión entre los TCA y sus síntomas y otras enfermedades físicas, no es que no sea importante, sino que es posible descartarlas ante la presencia de unos síntomas, unas u otras patologías físicas (ver clasificación internacional de enfermedades ICE 10), tienen síntoma y tratamiento, pero los TCA son trastornos psicológicos.

Son muchos los estudios que se han dedicado a estudiar las variables biológicas asociadas a los trastornos de la alimentación y a la depresión, investigando las disfunciones del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. A partir de la revisión de dichos estudios J,Toro y E,Vilardell (1989), concluyen que los indicios de patología biológica probablemente pueden estar determinados por la inanición pero que no todo puede explicarse a través del estado nutritivo de estos pacientes. Al ser tan difícil saber cual es la causa, es fundamental, la evaluación clínica de toda persona que consulta, para descartar en cualquier caso, la posibilidad de una enfermedad orgánica y no psicológica.

### **I.12.1. ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS**

Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y síndromes intermedios (un grupo de alteraciones de la alimentación que no reúnen los criterios diagnósticos de los anteriores), son las denominaciones de estas enfermedades descritas hace una centuria pero sólo ahora investigadas firmemente debido a su creciente aparición. El diagnóstico diferencial entre los trastornos alimentarios permite una aproximación para distinguirlos de otros tipos de patologías. En general, la discusión actual a propósito de la clasificación y concomitancias entre los TCA y otras patologías psicológicas, nos hace diferenciar convenientemente unas de otras, ya que a veces resulta muy difícil discernirlas.

Por un lado, algunos de los síntomas propios de los trastornos alimentarios (pérdida de peso, rechazo de determinados alimentos, etc...) pueden aparecer también

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

en otros trastornos psicopatológicos. Por ello, resulta imprescindible saber que aunque existan rasgos comunes como pérdida de peso, alteraciones del sueño y estado de ánimo deprimido, ideas obsesivo-compulsivas o ansiedad, hay que discernir un TCA de otras enfermedades mentales.

Utilizando los criterios del DSM-III-R (A.P.A.1987), en ciento cinco pacientes con trastornos de la alimentación, autores como Braun y Halmi, corroborado por J.Toro y E.Villardel (1989), encontraron que el 81'9% de los sujetos tenían además del trastorno de alimentación, otro diagnóstico en el Eje I de dicho manual. Los diagnósticos más comunes eran: trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad, y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibidoras del apetito y ansiolíticos), encontraron que los anoréxicos restrictivos, en general, desarrollaban primero el trastorno de la alimentación y posteriormente otro de los trastornos antes citados.

En muchos casos la existencia de acontecimientos estresantes destacan en estas patologías, como padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres, muerte de personas significativas, que pueden desencadenar un cuadro anoréxico depresivo (G.Morandé, 1990, J.Toro y E.Villardell, 1989) En esta misma línea, gran número de mujeres que habían sufrido experiencias estresantes durante la infancia tenían sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, aunque no en porcentajes muy representativos.

### **I.12.1.1. TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVOS**

En cuanto a los trastornos obsesivos compulsivos, no se limitan al área alimentaria, y no necesariamente llevan a la pérdida de peso, ni al temor fóbico a engordar, ni a la distorsión de la imagen corporal. Los obsesivos mantienen una cierta tensión o fobia hacia muchas cosas, que se manifiesta en su propio cuerpo algunas de ellas, pero de manera diferente a como lo hacen los TCA.

### **I.12.1.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

En cuanto a la ansiedad se refiere, ésta constituye un fenómeno central en los trastornos de la alimentación. En este sentido, es posible que dichos sujetos tengan

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

altos niveles de ansiedad antes incluso de desarrollar el trastorno y que éstos sean un factor más, entre otros muchos, precipitantes de dichos trastornos. En un principio, las preocupaciones principales de estas personas, se centran en la anticipación de consecuencias negativas derivadas, por un lado, de la situación real o imaginada de sobrepeso, y, por otro lado, de la valoración que ellas mismas hacen acerca de su imagen corporal. Como consecuencia de ello, el individuo toma la decisión de llevar a cabo una dieta que de acuerdo con su filosofía será la encargada de poner fin a todos sus problemas personales. Sin embargo, el largo y tortuoso camino hacia el infierno no ha hecho nada más que empezar. A partir de este momento, todos sus pensamientos y comportamientos girarán alrededor de un único objetivo: bajar de peso. La consecución de dicho objetivo es la fuente principal que da origen a los sentimientos de ansiedad que caracterizan a la enfermedad. En pacientes bulímicos y personas obesas con episodios de hiperfagia los diagnósticos más frecuentes en el DSM-III-R (A.P.A., 1987), eran la ansiedad generalizada y la fobia social, aunque más recientemente se afirma que los trastornos de la alimentación se relacionan con el trastorno obsesivo-compulsivo y la falta de control de los impulsos.

A partir de la revisión de estos y otros estudios sobre el tema se puede extraer como conclusión, que no existen datos concluyentes acerca de la presencia de determinados trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la alimentación.

### **I.12.1.3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Otra enfermedad relacionada con los TCA es la esquizofrenia, que aunque estos enfermos, tienen raros hábitos alimenticios en muy pocos casos se desarrolla en el ámbito de una anorexia o bulimia, pero si se presentara habría que elaborar dos diagnósticos diferentes y distinto tratamiento. Otros cuadros de enfermedades psicológicas pueden confundirse con la anorexia pero que se diferencian de esta. La histeria, en la que a diferencia de la anorexia, se infravalora el tamaño corporal, queriendo aumentar de peso, se sienten menos insatisfechas y su relación con el cuerpo es más histriónica. Gozan de una mayor sensación de autocontrol, además tienen una historia clínica de enfermedad orgánica más antigua y unas relaciones sociales más intensas que las de la anoréxica.

### **I.12.1.4. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muchas pacientes se aproximan a un **cuadro depresivo** claro que es muy frecuente y que no se sabe si es producido por la enfermedad o previo a ésta, siendo normalmente una consecuencia de la sensación de obsesión e impotencia ante el deseo al que se aspira. Existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos, más específicamente como hemos dicho con la depresión.

Casi todos los jóvenes enfermos mencionan algo de esto:

Sentimientos sobrecogedores de tristeza, sentir que "uno está en el pozo".

Pérdida de interés en casi todo lo que antes les resultaba placentero.

Sentimientos de culpa e impotencia.

Desesperanza hacia el futuro.

Aislamiento social e introversión, aún en personas que han sido sociables y extravertidas hasta entonces.

Ideas recurrentes de autoagresión, de suicidio.

Nivel de energía disminuido, fatiga desproporcionada en relación al ejercicio que se realiza, aunque permanezcan hiperactivas.

Imposibilidad de concentrarse, disminución de la capacidad de pensar y dificultades para conciliar el sueño.

Por otra parte la depresión afecta muy negativamente diversas áreas de la personalidad y existe también una correlación entre la severidad de la depresión y la severidad de los TCA, lo que no siempre queda del todo claro es, qué es lo que surgió primero.

Existen varias hipótesis:

Los estudios de algunos autores demuestran las dudas, fundamentalmente referidas a la presencia de la enfermedad en el cuadro bulímico, antes o después de desarrollarse el mismo. En general según Thomas Serrano y Vallejo Ruiloba en V. Turón Gil (1997), podríamos diferenciar tres grupos:

I. El primero con una mayor carga familiar depresiva en los cuales el trastorno depresivo precede al alimentario que sería como una maniobra defensiva ante el estado psicológico alterado. En general dentro del trastorno psicológico que más problemas ha presentado, la depresión; parece confirmarse la relación existente entre

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

estos trastornos en los paciente y en elementos de su familia, ya que las patologías depresivas están a veces directamente relacionadas con antecedentes individuales y familiares, lo cual es importante y en algunos casos decisivo para hacer un buen diagnóstico. En cualquier caso hay que estar siempre en guardia ante la evolución del paciente.

2. El segundo grupo parece desarrollar un estado depresivo a consecuencia del estado bulímico, acentuando los síntomas.

3. El tercer grupo en el que el trastorno se relaciona con trastornos de origen psicológico de otro tipo no depresivo y están relacionados con las áreas de personalidad y de descontrol impulsivo.

Según J.I.Hudson, H.G. Pope, (1990), es necesario profundizar en los factores biológicos específicos de la bulimia así como de los afectivos y de descontrol de los impulsos, ya que la bulimia debía ser tratada desde el área de un trastorno afectivo y no desde el área de un trastorno depresivo mayor, lo que hace aumentar la variedad de patologías entre las que discernir.

Por otro lado y a nivel general, pueden darse las siguientes suposiciones genéricas

1)Que la depresión sea causa del trastorno del comportamiento alimentario.

2)Que los TCA, entre sus múltiples consecuencias, provoquen un estado depresivo.

Para respaldar esta hipótesis se alega que es muy frecuente que muchos pacientes con bulimia o anorexia mejoran su estado depresivo con el simple recurso de normalizar la ingesta y de alcanzar el peso normal. Opinión también mantenida por (Vandereyken, Castro y Vanderlinden (1991). Como dicen los autores, la mayoría de las veces, la depresión es un subproducto común de la inanición (hambre), un efecto natural de la restricción alimentaria. Muy a menudo mejora y la mayoría de sus síntomas desaparecen cuando la ingesta se normaliza y el peso corporal comienza a recuperar su nivel a la vez que se trabaja en la parte afectiva y psicológica de los enfermos.

3)Que ambos estados sean causados por un tercer factor.



I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4) Que varias de estas posibilidades sean ciertas al mismo tiempo en distintas pacientes, por ejemplo que la depresión favorezca el desarrollo de un trastorno de la alimentación, como una especie de mecanismo psicológico para regular los estados de ánimo a través de evitar comer o de atracarse y luego vomitar, o que atrapadas en el circuito de atracones y vómitos que no pueden controlar, bajen la guardia, se desmoralicen y caigan en un estado depresivo.

Para Selvini Palazzoli (1974), no se observan en las anoréxicas deseos conscientes o inconscientes de suicidio, y en ellas no se puede hablar de verdadera depresión, reducen los alimentos y juegan con la muerte pero no quieren morir. Comentaremos ante esta aportación de Palazzoli, que tampoco es siempre vinculante de una depresión, el deseo inevitable de suicidio aunque esta sea la tendencia de los enfermos.

Por otro lado, la presencia de trastornos afectivos, principalmente de depresión, en los trastornos de la alimentación ha sido bastante más estudiada que la coexistencia de trastornos de ansiedad en los mismos. En cuanto a la presencia de depresión en anorexia nerviosa, la frecuencia varía según los diferentes estudios, por lo que los datos no resultan representativos. No obstante, diferencias tan acusadas probablemente se deben a inconsistencias en la calidad y método utilizado en la obtención de datos, así como el grado de atención prestado a los efectos posibles de las anomalías alimentarias y el grado de inanición. También existen algunos argumentos que diferencian la depresión y la anorexia, para no confundir los TCA y los trastornos depresivos, entre ellos está la ausencia en la depresión del miedo a la obesidad, pérdida de peso notable, ni alteración del esquema corporal..

En conclusión, podemos decir a propósito del diagnóstico diferencial, que los factores implicados son varios y suelen estar en interrelación. Sobre la base de cierta predisposición genética se suman una dinámica familiar con algunas particularidades de comunicación y rasgos de personalidad en los pacientes, que son determinantes para el comienzo de la enfermedad. La presión sociocultural sobre la figura y el peso corporal también forma parte de los factores causales. Las características que diferencian al trastorno de la alimentación, con los trastornos anteriormente citados son principalmente que, no se produce un temor fóbico a engordar ni existen distorsiones en la imagen corporal; en los depresivos se produce una pérdida de apetito pero no aparece la

I.1 INTRODUCCIÓN
I.2 DESCRIPCIÓN
I.3 DEFINICIONES
I.4 TIPOS DE TCA. CLASIFICACIÓN.
I.5 ¿QUIÉNES DESARROLLAN UN TCA?
I.6 ANOREXIA.
I.7 BULIMIA.
I.8 MODELOS EXPLICATIVOS.
I.9 DESENCADENAMIENTO TCA
I.10 EVALUACIÓN
I.11 TRATAMIENTO
I.12 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

preocupación por el contenido calórico; en la esquizofrenia, el paciente puede negarse a comer, pero los delirios no se centran en el contenido calórico de los alimentos, ni hay miedo a engordar.

Quizás el diagnóstico diferencial más difícil de realizar en la práctica clínica sea entre anorexia y bulimia nerviosas, posiblemente debido al continuo que se produce en los trastornos de la alimentación, ya comentado anteriormente. De acuerdo con Chinchilla (1994), y a modo de recordatorio general, vamos a destacar los aspectos que más diferencian a ambos trastornos; respecto a la bulimia nerviosa, el inicio es más tardío, el peso, y el aspecto general es más normal, suelen tener un menor control de impulsos, menor hiperactividad, mayor psicopatología asociada, mayor consumo de drogas y, el método preferido para controlar el peso son los vómitos, laxantes y diuréticos. En las pacientes que sufren anorexia nerviosa es más frecuente encontrar hipotensión, bradicardia e hipotermia. Las bulímicas rara vez evolucionan hacia la anorexia nerviosa típica, pero sí es frecuente encontrar una anorexia previa.

## I.13. BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO I

AA.VV. (1980) ***Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders***. Third edition. Washington,DC, The American Psiquiatric Association. (Traducido: Pierre Pichot. (Coord) ***DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*** 1ª ed. Barcelona. Masson. 1981)

AA.VV. (1988) ***Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders***. Third edition. Revised, Washington,DC, The American Psiquiatric Association. (Traducido:).1ª ed rev. ***DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales***. Barcelona. Masson. 1988.)

AA.VV. (1995) ***Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders***. Fourth edition. Washington,DC. The American Psiquiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord) ***DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales***. Barcelona. Masson. 1995)

AAVV. Coord. G.Morandé (1995) ***Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario***. Insalud. Madrid. pp 193.

Abraham,S y Llewellyn-Jones,D (1994) ***Eating disorders. The facts***. Oxford. Universiy Press. 1988 ( Traducido: Diane Shofield. ***Anorexia y bulimia desórdenes alimentarios***. Madrid. Alianza editorial, 1994. 213 pag.)

Ajuriaguerra de, J (1986) ***Manuel de psyquiatrie de l'enfant***. Paris. Masson. 1973 (Traducido: Alfredo Rego. ***Manual de psiquiatría infantil, 4ªed***, Masson, Barcelona. 187-199 pag)

Alemaný, M. (1995) ***Enciclopedia de las dietas y la nutricion. Los secretos de nuestra alimentación. Claves para una dieta racional y equilibrada***.1ª ed. Barcelona. Planeta.pp 404-546.

Alonso Fernández, F. (1996) ***Las otras drogas: Alimentación, sexo, televisión, compras, juego, trabajo***. Colección fin de siglo, Temas de hoy. Madrid, pp 67-89

Bañuelos,C (1994) "Los trastornos estéticos en los albores del siglo XXI : hacia una revisión de los estudios en torno a este tema" Revista española de investigaciones sociológicas, 68,oct-dic. pag.119-135

Beato, L. (1998) Conferencia:"Comportamiento alimentario" CICLO DE DIETÉTICA Madrid. Jueves día 20-11-1998.

Bello, M. (1999) Conferencia sobre "Trastornos de la Conducta Alimentaria" Madrid. 19-1-1999

Beker, E. Benedetti de C. Goldvarg de ,N. (1996) ***Anorexia y Bulimia y otros trrastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias***. 2ª ed. Argentina. Atuel. 255 pp.

Bruch, H (1973) ***Eeating disorders: Anorexia nervosa and the persons Wthin***. N.Y.Basic Books.

Bruch.H (1978) ***The Golden Cage. The Enigma of Anorexia nervosa***. Cambridge, Massachussets. Harvard University Press.

Chichilla Moreno, A (1994) **Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**. Barcelona. Masson.

Fairburn, C.G, Beglin,S (1994) "Studies of the epidemiology of bulimia nervosa". Am J Pyiquiatr.147:401-408.

Feighner, J.P. Robins,E. Guze,S.B.,Woodruff, R.A. Winokur,G, y Muñoz,R (1972) "Diagnostic criteria for use in psychiatric research". Archives of General Psychiatric 26,57-63

Flórez Tascón, F.J. (1962) **Delgadez, adelgazamiento y caquexia**. Monografía. Madrid. Roche. 54 pag

Garner D, M.y Garfinkel, P. E (1980) "Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa" Psychological Medicine,10:647-651

González, E. (1999) "La realidad virtual como ayuda psicológica"Madrid. Diario 16. 11-2-1999. Pag 3.

Guillemot, A; Laxenaire, M. (1994) **Anorexie mentale. Le poids de la culture**. Paris. Masson. (Traducido: Alfonso Rodríguez Martínez. **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura**). Barcelona. Masson. 159 pag.)

Hudson, J.I; Pope, H.G.(1990) "Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family disorders with a common pathophysiology?" Am J Psiquiatr. 147:552 564.

Hudson, J.I.; Pope, H.G.(1992) "Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?" Am J Psiquiatr, 149:455-463

Hsu L.K.G(1990) **Eating Disorders**. NY. Guilford Press.

ICD 9. (1988) Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

ICD 10. (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Jiménez González, V. (1969) "Apetito y alimentación" Valencia. Boletín de la sociedad valenciana de pediatría, XI, nº 44, p. 388-393

Johnston, Joni E (1996) **Appearance Obsession** (Traducido: Matilde Jiménez Acedo. **¿Por qué no me gusto? cómo dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico**. Barcelona. Paidós. 271 p)

Krahnn.D.D.(1991) "The relationship of eating disorders and substance abuse". J sustance abuse.3:239-254.

Kestemberg, E. Kestemberg, J.Decobert, S. (1976) **Angry and body** (Traducido: Rafael Thomas. **El hambre y el cuerpo**. Madrid. Espasa Calpe, 292 pp.)

Leon, G.R y Finn,S.(1984) "Sex- Role stereotypes and development of eating disorders" en C.S.Widom(ed): *Sex roles and psycopathology*, Nueva York: Plenum.

Loureiro Cachón, V.E (1994) **Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de BUP. Municipio de la coruña**. Tesis. Santiago de Compostela.

Llanos de, E. (1992) "Los hábitos alimentarios y su trastorno desde una ética corporal occidental" Anthropológica. Revista de etnopsicología y de etnopsiquiatría. Pag 369-377, 7-12. vol III

Martínez de Bagattini C.(1995) "Cuerpo ,Tiempo y Recuerdos en La Anorexia Nerviosa". Montevideo. <http://yeb.com.uypsychener/revista/TRASTORNOS.HTM>.

Martínez de Bagattini C.(1996) "Trastornos severos de la alimentación, anorexia y bulimia. Perfil clínico y abordaje terapéutico de la 1ª etapa del tratamiento" Montevideo, <http://yeb.com.uypsychener/revista/TRASTORNOS.HTM>

Matey P. (1998)" Obsesionados por la perfección" El Mundo. 303. 9-07-1998. WWW.el-mundo.es.

Mateos-Parra A. y Solano-Pinto,N.(1997) "Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas" Revista electrónica de psicología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.Vol. 1, No. 1, Julio 1997.

Mongil San Juan, J.M (1986) "Revisión conceptual de la anorexia nerviosa" Folia neuropsiquiatrica del sur y este de España. Vol XXI,nº3 sept-dic. pag 354-357

Morandé Lavín, G. (1990) **Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, anorexias nerviosas, bulimias y bulimarexias**. Editorial Complutense de Madrid, Madrid, 336 pag.

Morandé Lavin, G.(1995) **Anorexia nerviosa y nutrición**. Madrid. Fundación Española de la Nutrición.

Ocu- Compra Maestra

(1993) "Efecto fulminante" nº 156. Noviembre.

(1993) "Productos falsamente "milagrosos"" nº149. Enero.pag44

(1993) "La publicidad de la cosmética" nº149. Enero.pag46

(1994) "La anorexia y la bulimia" nº 169. Septiembre

(1996) "Productos sustitutivos de comidas" nº152. Abril. pag4-9.

(1996) "El etiquetado nutricional" nº 160. Junio. pag 19-21

Ortega,F (1993) **La flotante identidad sexual**. Madrid. Editorial Grijalbo.

Pearson, J.C et al (1993) **Gender and Communication** Wm.C.Brown Publisher, Dubuque (1985 y 1991) (Traducido: Cristina Rodríguez Fisher. **Comunicación y Género**. Barcelona. Paidós Comunicación. 440 pag.)

Ploog, D.W, Pirke, K.M (1987) "Psychobiology of anorexia nervosa".Psychol Med.17:843-59

Raich, R. M. (1995) **Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios**. Madrid. Ediciones Pirámide, S.A. 150 pag.

Rienzo di, N. (1993) "Las crisis en pacientes bulímicas. Una reflexión desde el modelo psicoanalítico" Publicado en Obesidad. Vol.6-Nº 2/26-28 Abril-Junio.

Russell.G.F.M (1979) "Bulimia nervosa: an omnious variant of anorexia nervosa", Psychological Medicine 9:429-448

Schütze, G: (1983) **Anorexia mental**. Herder. Barcelona. 217 pag.

Selvini Palazzoli, M (1974) **From the intrasychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa**. London Chaucer-Human. Context Books.

Striegel-Moore, R.H., & Cachelin, F.M. (1999) "Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. In N.G.Johnson, M.C. Roberts, & J.

Worell (Eds.), *Beyond appearance: A new look at adolescent girls* (pp. 85-108) Washington, DC: American Psychological Association.

Swift W.J; Andres,D; Barklage,N.E.(1986) "The relationship between affective disorder and eating disorders. A review of the literature" *Am J Psychiatry* 143:290-299.

Tannenhause, N (1995) ***Anorexia y Bulimia***. Plaza & Janes.Barcelona.

Toro, J,Cervera,M y Pérez,P (1985) "Influencia de los medios de Comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento" V Mediterranean Congress Of Social Psychiatry.(Comunicación no publicada)

Toro Josep y Vilardell Enric (1989) ***Anorexia nerviosa***. Barcelona.Martínez Roca.

Toro, Josep. (1996) ***El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad***. Barcelona. Ariel Ciencia. 327 pag.

Turón Gil V.J, ***Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad***. Masson, 1997, Barcelona, 1ª ed. 312 páginas  
Gabriel Villota Toyos "El desfile de los cuerpos" Publicado en el catálogo Bodies Parade, por Arteleku. Donostia. 1992

Vandereyken, W,Castro,J y Vanderlinden,J, (1991) ***Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento***. Barcelona. Martínez Roca, edic. X, 83 pag.

Vandereyken, W, Meermann, R (1984) ***Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment***, Berlín: De Gruyter.

Wonderlich, A, S, Mitchell,M.D.(1992) "Eating disorders and personality disorders." En: Yager, J.; Gwirsman,H.; Edelstein,CK., eds. ***Special Problems in managing eating disorders***, Washington DC: AM J Psychiatry pres.

Yunes, R. Romi J.C, Bertera,H. (1998) ***Mesa redonda sobre anorexia y bulimia***. ALCMEON N°16 ([http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16\\_03.htm](http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16_03.htm).) 20/6/98. 30 pag.

## II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

## **CAPÍTULO II**

### **EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

#### **II.1 INTRODUCCIÓN AL ESTADO-CUESTIÓN.**

En la actualidad vivimos en una sociedad secularizada donde lo primero es vigilar la imagen, ya que una cosa es el hecho físico de la gordura o la delgadez (que puede ser producida por efectos genéticos o enfermedades) y otra la preocupación por la imagen y el peso real, esto último que hemos llamado la constante preocupación por la estética es lo que denominamos un uso social, una moda y a veces hasta una obsesión, hasta convertir la vida diaria en una religión, la de las dietas, con los sacrificios del no comer, hacer ejercicio, y privarse de los placeres de la buena mesa.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que han existido siempre, aunque como veremos, los matices y causas de las mismas son diferentes según las épocas históricas. En este capítulo analizaremos el ayer y hoy de unas enfermedades que azotan peligrosamente a nuestros jóvenes y no tan jóvenes según las últimas tendencias. Daremos algunas pinceladas históricas de los TCA y después presentaremos algunos datos relacionados con estos temas que responden a la población general<sup>23</sup>, para analizar después el alcance de la gravedad de los TCA.

---

<sup>23</sup> Más puntualmente, hemos de tener en cuenta la preocupación por investigar los comportamientos adolescentes relacionados con estos temas y que realmente son el objeto del presente trabajo.

## II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

Los trastornos de la alimentación, constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental.

La anorexia y las bulimias más tarde, se han hecho manifiestas en España como problema clínico importante casi diez años después que en los países anglosajones y del norte europeo, aun así la anorexia ha existido siempre aunque se diagnostica mejor ahora porque se da más importancia a los factores psicológicos de las enfermedades, por otro lado la incidencia es mayor por los factores socioculturales que ayudan a desencadenarla. Es a partir de los setenta donde se inicia su incremento clínico, al menos el detectado en la consulta hospitalaria, afectando a mujeres jóvenes, adolescentes, de grupos socio-económicos altos y en diez años o poco más, se extiende a sectores sociales más amplios como ha sucedido con la mayoría de las patologías adolescentes en nuestro medio. La propagación ha sido rápida y ha sorprendido por los tintes epidémicos que conlleva.

Generación y media atrás en España, pasó hambre con la Guerra Civil y les cuesta entender familiar y socialmente el problema. No olvidemos que en la totalidad de los países europeos se dieron dificultades similares por la II Guerra Mundial. No obstante, dicho interés por el tema es muy reciente, ya que, aunque la enfermedad no es nueva no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas.

### II.2.1 UN POCO DE HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

#### II.2.1.1. LA PRE-HISTORIA DE LA ANOREXIA.

La anorexia nerviosa era un trastorno conocido en épocas antiguas, y aunque la denominación respondía dudosamente a lo que hoy conocemos como la



## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
**II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.**  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

anorexia nerviosa, es de destacar la presencia de casos en la literatura médica de paralelismo notable al menos con algunos de los síntomas que hoy se especifican como propios de esta enfermedad.

Entre los años 98 y 138 dJC, Soranos describe ya la anorexia y la amenorrea en la mujer, sin relación aparente entre ellas como se da hoy en día. Galeno en el año 155 d.JC, describe un cuadro de emaciación donde el paciente era incapaz de comer, lejos de la anorexia nerviosa, aunque en consonancia con algunos de los síntomas de ella. Entre los años 700-1000 d.JC, se dará el caso de la santa Virgofortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, pasó a España siendo invocada con el nombre de Santa Liberata, y adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. Se describe en el siglo IX por un monje el caso de Friderada von Treuchtlingen, hija de unos sirvientes, la cual padeció una extraña enfermedad durante dos años de la cual curó volviéndose devoradora de todo lo que encontraba, víctima de un apetito feroz. Ingresó en el convento de santa Walpurgis en donde se convirtió al ayuno sólo ingiriendo productos lácteos y vomitando después lo que ingería.

Avicena describiría el caso de un joven príncipe que se moría por negarse a comer y que se considera como el primer relato de anorexia nerviosa existente. Realmente quizá este juicio sea precipitado debido principalmente al desconocimiento manifiesto de los motivos que obligaban al joven a dejar de comer y la necesidad de descartar una enfermedad física o psicológica de otra índole.

Como apreciamos, existen muchos elementos concomitantes con los casos actuales. El hecho de la inanición sin aparente desmejoramiento de la salud, la negación de encontrarse debilitada, rechazo de ayuda exterior, la aparición de las crisis bulímicas, el carácter introvertido de los enfermos con tintes místicos..., nos hacen pensar en que posiblemente de haber vivido en la actualidad estos enfermos derivarían en un TCA.

### **II.2.1.2. DE LA EDAD MEDIA AL SIGLO XX**

En este periodo se describirá la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una Santa del siglo XIV, con síntomas parecidos a los actuales en un cuadro anoréxico. El médico napolitano Simón Porta, describe en su libro *Consideraciones del*

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
 II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

*eminente filósofo Simón Porta* en el siglo XIV, el caso de la joven della Magna que vivió dos años sin comer ni beber. (A. Guillemot, 1994)

Los Trastornos del comportamiento alimentario constituyen cuadros paradigmáticos en este sentido. Están descritos en la literatura desde hace siglos. Santa Catalina de Siena, fue anoréxica y murió a los 34 años, como nos recuerda Rampling en 1985 ( J.Toro, 1996) Sus escritos y los de sus confesores dejan palpable el testimonio de las características de su cuerpo famélico, teniendo en común con las anoréxicas de hoy en día una voluntad inflexible, una capacidad de rebeldía contra los demás, negación total del cuerpo y del sufrimiento, el aparente conflicto materno que recuerda a muchos casos actuales y el mantenimiento de una actividad intensa sin sentirse fatigada.

Como vemos, la mayor diferencia de las anoréxicas actuales con estos casos, está en la diferencia de motivaciones para la inanición, debido al cambio del contexto sociocultural actual, por ejemplo no aparece la evidencia del deseo de no comer para mantenerse delgada, lo que nos hace pensar que quizá si se hubiera dado el caso en la actualidad, hubiera evolucionado a una anorexia típica y lo que nos permite atribuir la importancia del contexto social diferente en cada época al desarrollo de la enfermedad, en este caso ligado a la religión y al componente místico que rodeaba la vida de aquellos momentos en la sociedad del siglo XIV.

En el siglo XVI, aparecen las primeras descripciones en términos clínicos recogidas como escritos médicos. La aparición de estos escritos despierta curiosidad ante la capacidad de los enfermos de vivir sin alimentarse. Los archivos recogen a Simón Porta como uno de los primeros observadores de la enfermedad en 1500.

En el siglo XVII los datos aparecen dispersos. Uno de los primeros casos es el de una joven de catorce años, Jane Balan, recogido por Mexio en *The treasure of Auncient and Moderne Times* (1613) y citado por H.G. Morgan en 1977. A. Guillemot, (1994) Al parecer esta joven estuvo tres años sin comer ni beber, y no menstruó, orinó, ni defecó, el cuadro apareció en 1599, tras un proceso febril, se negó a comer, enmudeció, y presentaba episodios delirantes, después recobraría el juicio y persistía su negación a la comida. En general estamos ante un cuadro, en el que todo nos hace pensar que es destacado por su exageración y falta de rigor clínico.

## CAPITULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
 II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

En 1667 una joven inglesa llamada Marthe Taylor hija de un minero, que vivió su infancia marcada por elementos psicopatológicos que la envuelven en un cuadro depresivo, padecía amenorrea y vomitaba lo que ingería, reduciendo el aporte calórico hasta la inanición completa, siendo este el único caso de la historia donde se explica la presencia de amenorrea en la paciente como se detalla en A.Guillemot (1994). En este caso se duda de la realidad de los síntomas para asociarlos a una anorexia típica, debido a la presencia de un fuerte desequilibrio psicológico que de alguna manera hacía pensar más en una enfermedad psicológica de tipo neurosis o psicótica.

R. Morton (1694), describió en su libro *A Treatise of Consumption*, la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno, asociado con la pérdida de peso, acompañado de otras afecciones nerviosas, lo que le llevó ya en principio a diferenciar las anorexias de tipo primario y secundario, recogiendo un caso de mujer de dieciocho años que presentaba una patología extraña de interés desaforado por cuestiones intelectuales, falta de apetito, sensación aparente de estar bien y contenta, sufría hipotermia sin presentar enfermedad del aparato respiratorio o enfriamiento y que incluso antes de morir seguía diciendo encontrarse bien. J.Toro (1996)

La descripción del cuadro de Miss Duke por Morton (1694), es el siguiente:

*"... después de muchos cuidados y sufrimientos espirituales, de una supresión de la menstruación y sin signos de clorosis, decayó el apetito y la digestión. La musculatura se debilitó y el semblante comenzó a palidecer, síntomas habituales en la consunción del cuerpo. Este decaimiento pareció acentuarse bastante en aquella notable ola de frío que hubo al invierno siguiente, sobre todo porque con sus estudios nocturnos y lecturas apasionadas de libros a los que se entregó, se expuso día y noche a la inclemencia del aire, que era extraordinariamente frío, sin faltar tampoco una ostensible alteración el sistema nervioso"*

En 1747, destacan los trabajos de Robert Whytt, a propósito de casos de anorexia registrados como alteraciones de las conductas alimentarias de origen nervioso, y será en 1750, cuando se describe una "enfermedad de las vírgenes" con amenorrea, alteración mental y disminución del apetito que se llamó "Clorosis" por el color verduzco de las pacientes.

## CAPITULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
 II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

En 1789 un siglo después cuando Naudeau habla de “un refus d'alimentation consecutif á des troubles emotionnels”, A.Guillemot, (1994), describe un caso de una mujer no adolescente con una sintomatología de tipo histérico que se negaba a comer y que se ha descartado por muchos teóricos como un caso de anorexia real, aunque tiene connotaciones relacionadas con este cuadro.

Pero fue W.W.Gull (1874), quien utilizó por primera vez la expresión "**anorexia nerviosa**", en una conferencia pronunciada en Oxford, como "estado mental morboso por alteraciones centrales y hereditarias" (W.W.Gull, 1874) En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Lasègue (1873), calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que W.W.Gull, una enfermedad psicógena. En un principio la enfermedad para W.W.Gull, parecía tener un sustrato físico, después se inclinó por un comportamiento histérico, ni uno ni otro le convencieron porque no había en primer lugar ninguna marca física que le hiciera pensar en una enfermedad orgánica y porque no respondían los enfermos a la clínica habitual de la histeria.

Lasègue describe la anorexia histérica en una joven de quince a veinte años en la que distingue tres fases sucesivas. La primera consiste en la alegación de dolor abdominal que excusa de la ingesta de alimentos. Los dolores en una segunda fase desaparecen una vez retirada toda ingesta alimentaria y justificada por un buen estado aparente de salud. En tercer lugar se da la efectiva aceptación de la nueva situación protagonizada por el adelgazamiento, el optimismo y la negación de enfermedad. Estas etapas corresponden con el diagnóstico actual y hacen notar la existencia de anoréxicas al final del siglo pasado aunque la cultura y conocimiento médico del momento orientaran los casos hacia la histeria como el caso de Lasègue.

En los escritos médicos, R. Morton en 1694, C. Lasègue en 1873, W.W. Gull en 1874, aportan descripciones diáfanas e hipótesis aún hoy en discusión. Según A. Guillemot, 1994, es en 1883, donde se empieza a llamar a la enfermedad anorexia mental distinguiéndola de la anorexia gástrica por Huchard, y en 1874 Dejerine, explica el rechazo de los alimentos con causa mental. Desde entonces se insiste en la importancia del entorno y de las posibilidades de abordaje de la enfermedad por médicos y familiares preconizando el aislamiento familiar como asientirá Charcot en 1885, precursor del aislamiento terapéutico de los pacientes para su tratamiento, propuesto por la escuela francesa.

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una "psiconeurosis de defensa" o "neurosis de la alimentación con melancolía", cuyo objeto era el rechazo de la sexualidad. Los casos freudianos como no podían ser menos imbuidos del componente sexual, resbalan en los cuadros actuales de la enfermedad aunque existen concomitancias importantes, puesto que el rechazo a la sexualidad es un factor sintomático producido por la enfermedad, pero no es el objeto primero del adelgazamiento, al menos no en todos los casos, debido al alcance multicausal de la enfermedad.

### **II.2.1.3. EL SIGLO XX**

A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista somático y endocrinológico, así en 1914, Simmonds, patólogo alemán, describe a una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria, lo que generó que durante los siguientes treinta años reinara la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. Será Sheehan en 1938, quien deshará el malentendido médico considerándolas enfermedades diferentes.

En 1903, Janet explicaba un caso de anorexia con una de sus pacientes, Nadia, a la que avergonzaba el hecho de su gordura y que representaba para la paciente algo inmoral donde la vergüenza alcanzaba al mismo hecho de comer. A. Guillemot (1994). Gilles de la Tourette, 1908, separa la anorexia en anorexia primaria y secundaria, diferenciando entre la pérdida real del apetito y la negación del alimento voluntariamente y que aparece unido a una distorsión de la percepción corporal.

En este momento aparece la hipótesis sobre la real o supuesta falta de apetito de las pacientes, muchos autores se inclinan por una negación del alimento voluntaria y una existencia plena en las pacientes de la sensación de hambre.

Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento. En esta fase se abandona la creencia histérica de la anorexia y se diagnostica como una enfermedad fisiopatológica, combatida con tratamientos endocrinos hormonales. En la actualidad las corrientes que se empeñan en tratar a la anorexia únicamente con fármacos carecen de resultados positivos, puesto que estas pacientes no poseen una enfermedad curable con

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
**II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.**  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

ningún medicamento, por sí solo.

A partir de los años treinta, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o fisiológico del trastorno, como aparece en A.Guillemot, (1994), muchos fueron los médicos y estudiosos que lanzaron sus hipótesis ante la nueva orientación de la enfermedad. Rahman, por ejemplo, en 1939 insistirá en los rasgos compulsivos de la enfermedad, Bull, hablará de esquizofrenia simple, J de Ajuriaguerra, 1986, destacará el papel del hipotálamo en la enfermedad. Waller,1940, hace hincapié en el rechazo de la anorexia en contraposición al rechazo del embarazo. Fenichel hablará en 1945 de neurosis. En 1947, Courchet, determinará la enfermedad como una actitud psicoanalítica ante la etiopatogenia<sup>24</sup> y el tratamiento. Delay, 1949, empezará a insistir en el carácter psicossomático de la enfermedad. Kay y Leigh, 1952, describen que no existe anorexia específica como tampoco existe una neurosis específica. En 1954, López Ibor, asocia la anorexia con su componente depresivo, y en 1956, Rollay Grinberg, la describe como un bloqueo entre la posición esquizofrénica y la depresiva. En 1958, Binswanger, asocia la patología a la esquizofrenia de nuevo. A. Guillemot, (1994). Podemos observar la enorme confusión y la escasa delimitación entre las enfermedades psicológicas, somáticas y psicossomáticas; hoy en día la confusión está mucho más delimitada pero nunca se sabe con seguridad, según la paciente que sea, cual ha sido la causa profunda que ha provocado el desequilibrio.

Los trabajos hasta 1956, se empeñan en demostrar la eficacia de los tratamientos sin resultados y será en 1954 cuando un importante endocrino, Decourt , exponga que la mayoría de las enfermas que mueren serían eficazmente curadas por los antiguos médicos, marcando la evolución hacia la etapa psicológica ya anunciada. La nueva etapa, realmente no fue nueva porque la mayoría de los psiquiatras habían seguido preocupándose de sus investigaciones en esta área a pesar de la tónica general a favor de las explicaciones endocrinológicas.

Antes de 1960, siguen las tendencias que explican el modelo de la neurosis y preconizan en la enfermedad el tratamiento mediante el aislamiento, para continuar diferenciando la anorexia primaria y con una mayor identidad y la secundaria que está más relacionada con otras patologías psiquiátricas subyacentes.

Según A, Guillemot(1994), para Lasser, en 1960, no existe enfermedad sino

---

<sup>24</sup> La etiopatogenia es la parte de la patología que estudia como se engendran enfermedades.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
II.3 ALGUNOS DATOS.  
II.4 LA GRAVEDAD.

una constelación de síntomas desencadenantes. En 1962, Bruch, hará hincapié en los trastornos perceptivos y conductuales que conlleva la enfermedad. Selvini Palazzoli, 1963, hablará de una especie de psicosis monosintomática y King describirá la anorexia diciendo que hasta estos momentos ya se puede hablar de una entidad nosológica definida, Kahattar en 1964, relaciona la anorexia con la melancolía y en 1965, en el Simposio de Göttingen, se explica el carácter multidisciplinar de la enfermedad, también Russel, en este año insiste en la influencia de una lesión hipotalámica para el desarrollo de la enfermedad, Sours en 1966, sigue la línea de que la enfermedad es un trastorno pluridimensional, aunque algunos como Villabrega, siguen relacionándolo con la histeria. En 1967, J. Marco, destacará los aspectos de la sobreactividad, del éxito escolar y del ascetismo en la anorexia nerviosa.

Las tendencias recogidas por E. Kestenberg, (1976), y apoyada por A. Guillemot (1994), nos demuestran una vez más como la primera etapa en la investigación de la anorexia está directamente relacionada con otras afecciones psiquiátricas en consonancia con ella, como la melancolía, la fobia, y la histeria. Una segunda etapa como vimos, protagonizada por investigaciones de origen endocrino a raíz de los trabajos de Simmonds, y una tercera etapa basada en los estudios relacionados con las enfermedades neurológico cerebrales, con su origen en el funcionamiento del hipotálamo, ya investigado por autores de final del siglo XIX. En la cuarta etapa para Kestenberg (1976) la enfermedad será desarrollada como una enfermedad psicósomática y será a partir de los setenta, aunque ya algunos estudiosos lo apuntaban antes, cuando los trastornos de la conducta alimentaria serán tratados como alteraciones de la conducta alimentaria de origen multicausal.

Para Florez Tascón (1969), se trata de un trastorno donde confluyen la psiquiatría, la neurología y la endocrinología, la anorexia se determina para él, bajo el síndrome de las tres A, Anorexia, Amenorrea, Adelgazamiento. En 1970 Laboucarie y Barres, insistirán en el desajuste afectivo situacional, y neurológico de la enfermedad, Porot, seguirá insistiendo en el carácter depresivo de la anorexia. López Ibor Aliño, resumirá que se trata de una enfermedad psicósomática con un equivalente depresivo.

Feighner y cols., describirán los criterios diagnósticos en 1972, mientras Basser en 1973, investiga en las disfunciones endocrinas de origen hipotalámico en la enfermedad. En general es a partir de la década de los sesenta donde estos cuadros de anorexia, adquieren una identidad propia, al aumentar su incidencia y definirse más

claramente como desórdenes de naturaleza psicológica, social y multicausalidad ( D.M Garner y P.E. Garfinkel (1980) , J.Toro (1989), G.Morandé, (1990)

Entre 1970 y 1980 se realizarán múltiples estudios de origen endocrinológico, epidemiológico, y de tratamientos varios con antidepresivos, a partir de este momento las teorías se diversifican y los abordajes terapéuticos se encaminan a las teorías familiares de Selvini Palazolli. Toda esta diversificación por otro lado ayuda al esclarecimiento de la enfermedad y sus causas, así como de su efectivo abordaje para individualizar los tratamientos a las patologías concretas, por otro lado la proliferación puede llegar en algunos casos a ser contradictoria y de enfoques y perspectivas diferentes e incluso contrapuestos.

Entre 1980 y 1985 se prosiguen los estudios de seguimientos de pacientes, de tipo endocrino. Investigando los casos de pacientes de otras razas y estableciendo modelos de tipo biopsicosocial.

La prevalencia de la anorexia nerviosa, está situada entre el 0.5%-1% (Garfinkel y Garner, 1980; D.S.M III, A.P.A., 1993), con una mortalidad terriblemente alarmante, aproximadamente un 10% de los casos. En cuanto a la evolución estética hace más de tres décadas que la mujer se siente mejor delgada, peligroso concepto ya que también se percibe esto en los concursos de "misses" donde va descendiendo por momentos las medidas de las aspirantes, las cuales tienen cada vez menos peso y más altura bajando el contorno de pecho y de caderas.

## **II.2.2 HISTORIA DE LA BULIMIA NERVIOSA**

### **II.2.2.1 LOS COMIENZOS**

Desde Sissy, la emperatriz austríaca, respecto a la cual todo apunta a que era bulímica, y más recientemente la conocida "Lady Di"; la bulimia asociada o no a la anorexia conforman el panorama central de los trastornos del comportamiento alimentario.

La bulimia aparece tardíamente en la doctrina médica, pero su historia se remonta a la antigüedad como en el caso de la anorexia, aunque por supuesto con las reservas propias del tiempo. Antes del siglo XIX existen muy pocas menciones de bulimia en la literatura.



## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
 II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

De acuerdo con A.Chinchilla (1994), Galeno describió ya la "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica.

A.Guillemot (1994) nos propone una aproximación de los elementos más característicos recogidos en los diccionarios médicos de la antigüedad. Podemos matizar como veremos que las líneas comunes que están presentes ya en estas definiciones son, el apetito excesivo que enmascara el atracón y la presencia del vómito.

En 1726 por Quincy y en el *Physical Dictionary de Blankaart* (1708), definen la bulimia como apetito excesivo que relacionan con un trastorno gástrico.

En 1743, James, describe el término "boulimus" en el *Dictionnaire Médical* donde además de coincidir con Galeno habla de una intensa preocupación por la comida.

El *Dictionnaire D'Edimburgh*, 1807, define la bulimia como afección crónica, con desvanecimientos y vómitos después de la comida.

Por ejemplo en el *New dictionary of Medical Science* aparece la definición de bulimia como hambre de buey que se presentaba anecdóticamente en ocasiones excepcionales de la vida, como el embarazo.

Janet en 1903, publica en su obra *Las obsesiones y la psicastenia* (J.Toro 1996), varios casos acorde con la patología bulímica y anoréxica, algunos más claros que otros. El caso de Nadia, que alternó un proceso anoréxico con otro bulímico, en el que se da además uno de los síntomas más claros de la bulimia descritos en el DSM III-R como era el temor o preocupación excesiva a engordar.

Otros médicos advierten la capacidad de Janet, de explicar estos casos describiendo en sus pacientes una cierta patología psicológica confluyente de ansiedad, depresión, lo que de alguna manera demuestra el efecto de la enfermedad sobre la psicología, descritos en los criterios actuales de la bulimia, por otro lado el autor sólo describe cuatro casos lo que permite intuir la distancia ante la fuerte proliferación actual.

Blachez (1869); nos propone que en la bulimia el alimento se convertía en una preocupación constante y obsesiva, más en la línea de las teorías tratadas

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
**II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.**  
 II.3 ALGUNOS DATOS.  
 II.4 LA GRAVEDAD.

actualmente. Wulff, 1932, (citado en J.Toro, 1996) describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de periodos de ascetismo y de voracidad insaciables, estableciendo ya de antemano la relación de la bulimia y la anorexia.

No se cuestiona la relación entre la bulimia y la anorexia aunque sus diagnósticos son diferentes, puede ocurrir que en el mismo paciente se presenten alternancias de crisis bulímicas y de anorexia, o que una anoréxica restrictiva pase a ser bulímica. Será a partir de los sesenta cuando la bulimia dejará de considerarse como un epifenómeno de la anorexia. A.Guillemot (1994). La confusión siempre ha existido en torno a la relación de la anorexia y la bulimia, e incluso con la obesidad, ya que dentro de los TCA, son muchas las variantes de las enfermedades, y aunque la bulimia, en la mayoría de los casos es una enfermedad que aparece cercana a la anorexia, puede darse en autonomía como una entidad aparte.

En 1959, se propone una clasificación de la obesidad dependiendo del comportamiento alimentario, será Stunkard quien aluda primeramente a este tipo de conducta, no pudiendo clasificar a las bulímicas actuales, entre las categorías de obesidades, puesto que la mayoría de éstas son delgadas o al menos no estaban obesas. J.Toro, (1996), nos ilustra este comentario, planteando como en la década de los setenta, Bruch explica la posibilidad de existencia de un trastorno alimentario que denomina el de los “gordos-flacos”. En 1975, Rau y Green, definen la enfermedad sin relacionarla con la anorexia o la obesidad.

La realidad es que la anorexia y bulimia aparecen mezcladas en la mayoría de los casos, algunos terapeutas como el Dr. G. Morandé, mantiene el concepto de *bulimarexia*, que aparece en 1976 y 1977 con los estudios de Boskind-Lodhal y Sirlin; para otros terapeutas como J.Toro y E.Villardel (1989) este concepto no goza de demasiada aceptación.

### **II.2.2.2 LA APORTACIÓN DE RUSSELL**

Palmer en 1979, propone el síndrome del caos alimentario que en la evolución normal determinará la bulimia, pero como tal, esta enfermedad será definida en 1979 y acuñada por Russell, como un síndrome propiamente dicho.

Para Russell la bulimia es una variante de la anorexia y es comprobado el hecho de que un gran número de bulímicas ha padecido previamente anorexia. En 1979, Russell acuñó este nombre para definir a los cuadros caracterizados por la sobreingesta

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
**II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.**  
II.3 ALGUNOS DATOS.  
II.4 LA GRAVEDAD.

episódica de alimentos a los que siguen vómitos o uso de diuréticos, o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón, en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesos.

Aparece por primera vez en el DSM-III (A.P.A.,1980) con la denominación de bulimia y la descripción de la enfermedad como accesos bulímicos repetidos sin describir la frecuencia, apuntando que los accesos deben darse sin el contexto de una anorexia nerviosa u otra patología psicológica, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R (A.P.A., 1987) que además introduce el concepto de frecuencia de los accesos, por lo menos dos episodios bulímicos a la semana como mínimo durante tres meses, y deja de precisarse la necesidad de eliminar el diagnóstico de anorexia nerviosa. Según el DSM-IV (A.P.A., 1993), la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1%-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

En cualquier caso el término tiene más de cien años aunque la patología actual difiera de las descripciones antiguas entre otros motivos por la influencia sociocultural que permanece insistente en nuestra sociedad, y por conseguir diferenciar la bulimia de un síntoma pasajero o de una hiperfagia seguida de vómito, como las antiguas orgías romanas del antiguo imperio, donde no por ello se piensa que fueran todos bulímicos, en cuyo caso el término o la patología no tendrían solamente cien años, sino una larga vida de existencia, de veinte siglos de antigüedad.

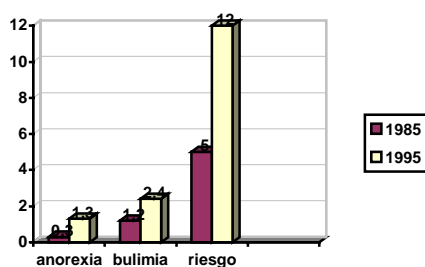
## II.3. ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

### II.3.1 EN ESPAÑA.

Hasta el momento han sido escasas las investigaciones cuyo objeto era determinar el alcance de los TCA. Con el nuevo siglo parece acelerarse el proceso investigador de trastornos de la alimentación, sobre todo de tipo prospectivo ya que no se cuentan con muchos datos fiables hasta el día de hoy.

Veremos a continuación, algunos resultados de investigaciones realizadas en España a propósito del tema que nos ocupa. El estudio de G. Morandé, (1990), presenta un seguimiento de diez años de pacientes con TCA, se percibe que la muestra contiene una riqueza superior en anoréxicas que en bulímicas, no por eso según los datos es hoy menos escasa la patología bulímica, sobre todo a partir de los últimos cinco años o incluso más.

Con el fin de observar gráficamente la aceleración que sufre el proceso de desarrollo de la enfermedad, presentamos el siguiente gráfico.



**Gráfico 1**

Estudios realizados en colegios privados de Madrid (Morandé y cols 1985) y colegios públicos de Móstoles (Morandé, Celada y Casas 1995, aparecido en prensa). Citado en AAVV. Coord. G. Morandé. 1995.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Valgan estos datos, aunque desactualizados, como orientativos de la fuerte progresión creciente que hoy se está dando y la preocupante tasa que va en aumento en la población de riesgo de quince años. En nuestra opinión el cuadro que hemos presentado es gráfico para percibir el incremento en diez años de los TCA, sobre todo el incremento de las poblaciones de riesgo. Estos datos coinciden con investigadores como Carbajo et al. (1995) el cual después de aplicar el EAT a jóvenes de trece a quince años, descubrió que existía un 12,4% de población de riesgo frente a un TCA. Volviendo a los datos anteriores de colegios públicos y privados, hemos de tener en cuenta que el primer estudio se refiere a colegios privados y el segundo a colegios públicos, no se conocen si las condiciones en ambos colegios son iguales, aunque si partimos de la base que la única variable diferenciadora entre ambos estudios es la clase social, que por otro lado se ha reconocido como no influyente en los TCA, podemos dar por comparables ambas investigaciones que en cualquier caso son meramente informativas.

A propósito de lo anterior destacamos los resultados del trabajo realizado por Victoria Loureiro en una población de 3º de BUP donde se percibía la diferencia existente entre los desórdenes alimentarios de la población analizada para colegios públicos y privados, siendo el porcentaje de potencial desorden para una muestra en torno a los 16,7 años de los cuales estaban: el 16,2% en colegios privados y 10,1% en públicos. V.E. Loureiro (1994)

En cuanto a la percepción corporal de las jóvenes, también se han hecho algunas investigaciones de las cuales se desprenden algunos resultados, que de entrada pueden ilustrar el panorama.

J. Toro (1989) realizó un primer estudio serio mediante la aplicación del Eating Attitudes Test (EAT)<sup>25</sup> para descubrir la sintomatología de los trastornos del comportamiento alimentario entre una población de doce a diecinueve años en donde el 5% eran obesas y el 26% se consideraban así, unidas al 44% que querían perder peso lo que arrojaba un casi 10% de chicas proclives al trastorno y un 1% de chicos. A medida que sube la proliferación de comportamientos de riesgo que van aumentando, se va designando a una población de riesgo claramente definida y en aumento como así lo determina la alarma social que se ha generado en los últimos momentos.

---

<sup>25</sup> El EAT (Eating Attitudes test) es una herramienta de aplicación en el diagnóstico de TCA, que mide la sensibilidad hacia conductas de trastorno alimentario.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

R.Raich (1995), aplicó un cuestionario (Body Shape Questionnaire) a mil ochocientos ochenta estudiantes, de las cuales sus preocupaciones eran referidas a estimar el cuerpo como algo fofo, la carne como no suficientemente firme, y el hecho de comer les hacía sentirse gordas. J. Toro (1996)

Según una encuesta realizada por E. Martínez Mallén (1993), a jóvenes de doce a veinticuatro años refleja el descontento del 63% con sus caderas y muslos, frente al 22% de descontentas con su pecho. En torno al 46% han hecho ejercicio para adelgazar al menos una o dos temporadas y el 10% más de dos, también la mayoría ha hecho alguna vez dieta, y confiesan que muchos de sus amigos realizan dietas y ejercicio para adelgazar. El 78% reconoce tener amigas obsesionadas por el peso lo que demuestra la influencia del grupo en los trastornos y la vulnerabilidad de las jóvenes principalmente en estas edades adolescentes.

La evolución de los hábitos también ha sido abordada por médicos catalanes como Martí Henneberg, J. Toro (1996), que investigó el periodo desde 1983 a 1993, y cuyas conclusiones explican la reducción de ingesta calórica por persona. En 1993, las mujeres fueron las que más redujeron su ingesta independientemente de la clase social. La relación familiar arroja algunos elementos a tener en cuenta: la mayoría de los hogares han tenido o tienen a alguna persona a dieta en un 80%, aunque en muchos casos los comentarios relativos a las dietas no sean muy comunes en casa. De la población adolescente, el nivel de consumo ha bajado de edad, antes los jóvenes de dieciséis a veinticinco años eran los que más comían, ahora es a esta edad donde empiezan las restricciones alimentarias.

En la actualidad se ha realizado un estudio incluido en el barómetro de septiembre de 1999, por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) sobre una muestra de dos mil quinientas encuestas, hechas en ciento sesenta y ocho municipios y cuarenta y nueve provincias. Con el objeto de analizar la sensibilidad y conocimiento de la población hacia estos trastornos. Entre los datos destacan como el 40% está algo pendiente de su físico, un 50% creen que la causa de los TCA es el culto al cuerpo, seguido de la obsesión por el peso y sólo el 30% lo consideraba como una alteración psicológica.

La conciencia de grave enfermedad respecto de la anorexia es muy alta, con una 75% de la población. La población en general confiesa estar poco informada, y creen que los especialistas sí lo están, de aquí se percibe como la población confía en los

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

médicos por el hecho de serlo, aunque en la realidad no existen muchos especialistas realmente preparados para tratar estos problemas.

En cuanto a los datos existentes que relacionan los factores socioculturales y los TCA, vamos a partir de la base de los resultados presentados por el CIS en el barómetro de septiembre en el cual se explicaba como la muestra pensaba que las causas principales de los TCA eran, la moda y las modelos en primer lugar y en segundo lugar la publicidad, debemos destacar que sólo existían estas opciones como causas posibles, de cuyo hecho se deriva su sesgo. Después de preguntar a la muestra qué medidas creen que ayudarían a erradicar esos trastornos, el 84% opina mucho o bastante, que el hecho de promocionar en las pasarelas a chicas de todas las tallas y tipos, sería muy beneficioso, el 86% creen mucho o bastante, que las modelos publicitarias deberían responder a una estética plural para eliminar la enfermedad, el 73% piensa que el control de productos adelgazantes sería necesario en los más altos grados, y en los mismos términos el 73% piensa que hay que estimular la fabricación de tallas superiores a la cuarenta.

Como vemos el panorama en torno a la publicidad es negativo para la opinión pública aunque debemos destacar como el 55% opinaban que estas medidas referidas antes, no serían suficientes para paliar y solucionar este problema, sino que serían también necesarias medidas de otro tipo.

En una línea diferente aunque paralela nos referiremos ahora a uno de los estudios encontrados de mayor interés desde nuestro punto de vista, ya que está directamente referido a los factores socioculturales, que es el artículo de J.Toro y cols (1985), "**Factores socioculturales de la anorexia nerviosa**" donde se recogen algunas de las conclusiones sobre esa investigación, referido a los hábitos de la población respecto al consumo de productos adelgazantes. Hemos querido recogerlo aquí como un punto de apoyo, del que partir sin perder de vista el objeto y enfoque de nuestro estudio.

La investigación analizó la publicidad destinada a la venta y consumo de productos adelgazantes en nuestro país. El análisis se practicó sobre los anuncios que aparecieron en la prensa periódica, la televisión y las farmacias españolas.

En una parte de su trabajo se dedicó exclusivamente a la publicidad aparecida en prensa periódica correspondiente a los meses de mayo de 1984 y 1985 (Toro y cols.,1985)

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

De las revistas aparecidas hasta el momento en España se seleccionaron aquellas en las que había un 60% como mínimo de lectoras femeninas, que además (las revistas) tuvieran una difusión de más de cien mil ejemplares. Se seleccionaron diez que en su conjunto representaban al 80% de todas las revistas femeninas leídas en la población española.

En el análisis fueron entresacados todos los anuncios que las publicaciones contenían, tanto los dedicados directa y exclusivamente a la venta de productos adelgazantes o relacionados con la pérdida de peso o la mejora/ conservación de la figura, como aquellos en los que se trataban otros temas, pero en los que aparecían mujeres espléndidas enfundadas en ropas minúsculas y que eran el espejo de la parte de la sociedad triunfadora.

En los resultados aparecieron algunos datos como los siguientes:

1. Uno de cada cuatro de los anuncios vistos, incitaban a las féminas que los observaban a desear un peso bajo o un cambio en su anatomía.(Tabla 1)

**Tabla 1**

PORCENTAJE ANUNCIOS PRO-ADELGAZAMIENTO DIRECTO <sup>26</sup> E INDIRECTO <sup>27</sup>		
	1984	1985
Anuncios directos	10,43%	7,01%
Anuncios indirectos	14,24%	12,30%
Anuncios totales	24,60%	19,31%

Toro y cols, 1985.

2. También estudiaron el **Coefficiente de Impacto** (C.I.) de los productos. Lo que se midió exactamente fue la capacidad de difusión de un mensaje en una población dada.

En el siguiente cuadro se ven los resultados y los cambios sobrevenidos de uno a otro año. Procede subrayar la prioridad dada por los anunciantes a las cremas y

<sup>26</sup> Anuncios directos, son aquellos cuyo objeto de la publicidad es un producto que directamente se relaciona con el adelgazamiento o la obesidad.



## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

pomadas supuestamente adelgazantes; es decir a unos productos de actuación específica e inmediata sobre el cuerpo.

En segundo lugar aparecen los alimentos hipocalóricos de todo tipo, es decir aquellos productos alimenticios que paradójicamente encierran el encanto de no alimentar o de tener un contenido calórico ínfimo.

En estos dos años de análisis la tendencia de las razones que dan los anunciantes para adelgazar ha cambiado; desde hace mucho tiempo los argumentos se relacionaban con el mantenimiento de la salud, porque la obesidad era y es un riesgo de enfermar. Actualmente se da la asociación entre la preocupación por el cuerpo, por el organismo físico, y la evitación de enfermedades.

Probablemente estemos asistiendo a un cambio importante, ya que ahora la motivación estética parece vender más que la sanitaria. En 1985, el 55% de los argumentos justificantes eran de tipo estético y solo el 19% estaban relacionados con la salud. (Tabla 2)

---

<sup>27</sup> Anuncios indirectos aquellos que no de forma total (por el producto que se anuncia) sino por la presentación de imágenes delgadas, infunden adelgazamiento en el espectador.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Tabla 2

TIPOS DE PRODUCTOS ANUNCIADOS PRO-ADELGAZAMIENTO			
	% de C.I.1984	% de C.I.1985	dif.% C.I.
Productos de aplicación dérmica	24,05%	43,37%	+19,32
Alimentos hipocalóricos	22,70%	34,90%	+12,2
Bebidas hipocalóricas	18,30%	14,45%	-3,85
Infusiones Adelgazantes	12,70%	3,6%	-9,1
Fármacos: laxantes o adelgazantes.	10,10%	1,2%	-8,9
Instituciones(gimnasio, clínicas)	4,60%	2,4%	-2,2
Otros(ropa,aparatos, libros)	7,5%	-	-7,5

Toro y cols.1985.

3. Se midió el **índice que mostraba la cantidad unitaria (C.U.) de veces que aparece una locución o palabra en la publicidad**. Lo utilizaron para intentar cuantificar de algún modo los contenidos verbales de los mensajes escritos de los anuncios.

En el cuadro siguiente aparecen las palabras analizadas y entre las más frecuentes estaban: "adelgazar", "delgado", "kilos", "calorías" "hipocalorías", "silueta", "tipo", "figura" y "línea".

Los resultados arrojaron que la publicidad estudiada era fundamentalmente percibida por el sexo femenino, entre los quince y los veinticuatro años de edad, en las clases sociales medias y altas y en los grandes núcleos urbanos, de esto se desprende que las personas objeto de la difusión del mensaje corresponden, a un patrón de

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

comportamiento sociodemográfico muy parecido al patrón de comportamiento sociodemográfico de los TCA.

**Tabla 3**

MOTIVACIONES INDUCIDAS POR LA PUBLICIDAD PRO-ADELGAZANTE			
	% TOTAL DE C.U.1984	%TOTAL DE C.U.1985	DIFER.% C.U.
Enfasis razón estética	33,12%	55,36%	+22,24
Enfasis razón salud	43,2%	19,3%	-23,9
Otras	23,86%	25,32%	-1,36

Toro y cols.,1985

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Tabla 4

LOCUCIONES SIGNIFICATIVAS DE LA PUBLICIDAD PRO-ADELGAZAMIENTO			
	C.U. 1984	C.U. 1985	DIFER EN C.U.
Plantas medicinales	278,43	19,05	-259,38
Adelgazar, delgado.	26,71	283,84	+22,12
Kilos, centímetros.	169,44	314,32	+144,88
Reducir caderas,muslo	118,06	106,68	-11,38
Grasas, adiposidad	103,42	112,39	+8,97
Estar en forma	102,31	80,01	-22,30
Venta en farmacia	101,40	81,91	-19,49
Hipocalórico	100,87	175,26	+74,48
Cuerpo	94,5	91,44	-3,06
Ligero, ágil	92,39	28,57	-63,82
Medico	87,90	45,72	-42,18
Laxantes, Extreñimiento.	83,10	7,62	-75,48
Dieta	76,41	70,48	-5,93
Peso	70,91	76,09	+5,18
Hacer ejercicio	56,30	13,33	-42,97
Línea	52,60	118,05	+42,97
Sin azúcar	37,50	68,58	+31,08
Juventud	37,40	15,24	-22,16
No engordar	34,70	1,9	-32,8
Salud	25,50	28,57	+3,07
Silueta.Tipo	19,48	131,44	+11,96
Sentirse bien	17,1	62,85	+45,75
Seguir la moda	11,37	13,95	+2,58
Contenido en proteínas	11,37	13,33	+1,96

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Toro y cols., 1985.

Como vemos en el estudio, las razones estéticas están cada vez más por encima de las razones de salud a la hora de adelgazar, está en los datos como ha aumentado la importancia de estas razones frente a las razones de salud, fijémonos como se renuncia a un estado saludable en función de una delgadez enfermiza. (mirar la tabla 3), en la que las razones estéticas han pasado en un solo año del 33,12% al 55,36%, mientras que las razones de salud han evolucionado del 43,2% al 19,3% en importancia.

Este estudio, quizá sólo pueda entenderse dentro de la cultura de la delgadez, que estamos viviendo. La adquisición de las conductas y concretamente las implicadas en el papel de la condición femenina que están inmersas en el culto al cuerpo, y por consiguiente, imbuidas por un determinado tipo social de mujer que responde a un prototipo y a una conducta determinada.

Del estudio anterior inferimos algunas conclusiones:

"La adolescente, mujer precoz, se siente presionada intensamente para responder a ese prototipo de mujer triunfadora, y además delgada, con unas medidas antinaturales para su talla y edad".

Debemos ser prudentes ya que el trabajo anterior se centra en la identificación de la mujer joven en general de quince a veinticinco años, sin especificar en la edad adolescente, catorce a diecinueve años que es la edad de riesgo y de desarrollo de la enfermedad, aunque cada vez se reducen más estos límites hacia abajo y los enfermos son más jóvenes.

"La mujer joven debe ser delgada, aceptada socialmente, exitosa y autocontrolada; por tanto independiente".

En este estudio se refleja la discriminación entre los sexos debido a la alimentación, puesto que la mujer debe ser recatada en el comer, nunca demostrar hambre voraz que no está tan mal vista en el hombre, que incluso puede alardear de su capacidad de ingesta, y por tanto aparentemente identificada con su fuerza y poderío físico y consecuentemente con su masculinidad. En la actualidad los jóvenes y los niños están siendo acosados por los deseos de perder peso que antes era solo propio de los mayores, unido a que los niños tienden a materializar por imitación las costumbres de

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

sus padres no es de extrañar que chicas/os de cinco y siete años, estén creando imágenes contrarias al desarrollo del cuerpo y el miedo a la obesidad.

Existen también algunos otros estudios de J. Toro, M. Salamero y E. Martínez. (1988)(1994)(1996b), que se implican en la influencia de los factores sociales y en la incidencia y alcance que pueden tener en los adolescentes los elementos publicitarios, para ello nos remitimos a algunos datos, tras la aplicación del cuestionario CIMEC, (Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal), creado por J. Toro, M. Salamero y E. Martínez en Cataluña, en donde en la actualidad existe una fuerte preocupación por la epidemia de los TCA, puesto que el número de enfermos es muy grande en esta provincia.

De la aplicación del CIMEC aparecen los siguientes datos:

En general al 42% de los jóvenes analizados, les llamaban la atención los anuncios publicitarios que anunciaban productos adelgazantes. El 38% se sentía atraído por los mismos de las revistas, el 40% recordaba frases e imágenes de productos "light". El 64% se sentían atraídos por imágenes de chicas en vaqueros o en ropa interior. Entre 30%-60% son fuertemente impactados por la publicidad y un 17% se sienten muy atraídos por las imágenes.

El cuanto a la influencia en el consumo: el 40% deseaba seguir una dieta adelgazante al verlo en publicidad, el 29% deseaban beber bebidas adelgazantes al ver el anuncio, el 35% deseaba usar cremas adelgazantes, así como el 23% presenta angustia ante los anuncios que invitan a adelgazar.

A grandes rasgos y observando los datos anteriores podemos decir que en torno al 40% de la muestra, vive bajo la exigencia de la buena apariencia física en hombres y mujeres, pero mientras el hombre debe tender a la forma física atlética, la mujer debe tender a la forma física tubular, aunque en la adolescencia será la mujer la más preocupada por su forma física, mientras que en el hombre realmente la preocupación surge una vez pasados los treinta, cuando el carácter y la personalidad ya están asentados, con la madurez necesaria para no desembocar en trastornos severos. Existe por tanto un desfase brusco que hace orientar los estudios sobre estos temas al público femenino joven, como población de riesgo, pero que en realidad no es que este estudio se considere sesgado por ello sino que desde el punto de vista de los sujetos enfermos, la mayoría son mujeres, por lo que debido a la significativa proporción de enfermas frente a enfermos, es lógica la segmentación realizada a estos efectos.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Esto no elimina que sea discriminatorio a nivel social que una mujer deba tener una preocupación más severa que el hombre por su imagen. Actualmente esta tendencia está variando porque el joven se siente cada vez más presionado para estar bien, los gimnasios se llenan y existe un mercado de suplementos proteicos y anabolizantes que permiten a fuerza de pastilla los efectos deseados, que a largo plazo pueden ocasionar el llamado “efecto rebote”<sup>28</sup>.

El sector joven de chicos de catorce a diecinueve años es el más absorbente a estos elementos de riesgo, por los cambios que la adolescencia trae a los jóvenes y especialmente a las jóvenes, con la aparición de la menstruación.

Las relaciones sociales se vuelven significativamente relevantes en este periodo en el que el grupo y la opinión de éste, es básica para la configuración de la personalidad y la adaptación a la vida social. En la actualidad los jóvenes y los niños están siendo acosados por los deseos de perder peso que antes era solo propio de los mayores, unido a que los niños tienden a materializar por imitación las costumbres de sus padres no es de extrañar que chicas/os de cinco a siete años estén creando imágenes contrarias al desarrollo del cuerpo y el miedo a la obesidad.

Aunque somos conscientes de estos hechos, resulta al menos cuestionable, el interés por limitar la causa de estos desfases sociales, a la cultura de la imagen mediática, es muy importante diferenciar las imágenes procedentes de los medios de comunicación y las que provienen del grupo social y familiar al que uno pertenece, por lo tanto sería aligerado cuanto menos, descargar la culpa de la explicada influencia en una de las patas sobre las que se apoya, sin desarrollar convenientemente las otras áreas de destacado interés y probada influencia según los especialistas, que promueven en la actualidad la multicausalidad del trastorno alimentario.

### **II.3.2 EN EL EXTRANJERO**

<sup>28</sup> "Efecto rebote": se denomina en la prensa especializada, como la terrible consecuencia de un adelgazamiento brusco y antinatural que el cuerpo no asimila y al que el organismo responde engordando de nuevo en un periodo de tiempo muy corto a veces incluso por encima del peso bajado.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

El panorama es esclarecedor solo con ver los datos, España no se diferencia de otros países donde los TCA se han investigado y para ello veremos algunos ejemplos internacionales.

R. Raich en 1995 (citado en J. Toro, 1996), realizó un estudio transcultural entre España y EEUU descubriendo que los porcentajes de bulimia, aplicando el EAT (Eating Attitude Test) eran mayores en EEUU que en España. También aportaba que el 68% de las chicas estaban descontentas con su físico frente al 72% de los varones, la diferencia está en que estos principalmente se sentían incómodos con su bajo peso y querían engordar al contrario de las chicas.

Otros estudios aportan elementos similares a los expuestos, por ejemplo, el estudio de French y Jeffery (1994) (citado en J. Toro, 1996) ilustra el panorama estadounidense y muestra que en 1985, 22,6 millones de ciudadanos practicaban dieta por sobrepeso y 34,1 millones lo hacían sin sobrepeso. Un 64% de mujeres sin sobrepeso han hecho dieta y un 23% de los varones. Entre 1985 y 1990 aumentó del 0,4% al 7% el número de personas con infrapeso que querían adelgazar, y en la adolescencia el 20% de las chicas con peso bajo hacían dietas.

En una encuesta realizada en Canadá, 1994, (WWW. Psiquiatria.com, 1998) preguntando a la muestra: "¿Qué es lo que te haría más feliz?"

El 42% de las mujeres respondió: "perder peso", el 22% se refirió al éxito en el trabajo, el 21% optó por una cita con un hombre admirado, el 15% por el reencuentro con una vieja amiga.

Otros datos surgidos de la encuesta fueron los siguientes:

Más del 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal, el 75% de las mujeres están preocupadas por su peso, porque consideran que están excedidas, cuando realmente sólo el 25% está excedido desde el punto de vista médico, y más del 40% está a dieta como una forma de modificar la situación.

Lo cual arroja los siguientes resultados:

Entre el 3% y el 5% de las mujeres padecen bulimia nerviosa

Del 1% al 2% de las estudiantes padecen anorexia nerviosa



## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

Entre el 10% y el 15% de las mujeres tienen trastornos alimentarios

J.Toro (1996) recoge otros estudios al respecto:

En 1995, J.Ferrer y un equipo de la universidad galesa de Swansea, presentó que los niños ingleses entre cinco y siete años, un 26%, preferían estar más delgados y un 34% se consideran gordos y se infraalimentan negándose alimentos y golosinas ricas en azúcares, se produce este panorama por la identificación de los niños en su grupo escolar, para evitar comentarios desagradables sobre el físico..

Unido a estas conclusiones, está el estudio de Hill et al. de 1994, en donde los niños de mayor peso tenían más baja autoestima, deseos de adelgazar y restricción alimentaria la cual se daba también en niños de peso normal.

El estudio de Thelen y Cornier de 1995, se estudiaba las características de las familias que alentaban a sus hijos a adelgazar, siendo tres de cada cuatro padres y madres los que así lo hacían.

En estudios más antiguos también la percepción del panorama actual era la misma, y aunque en menor medida las preocupaciones estéticas también existían.

Vamos a mostrar los resultados de una conocida investigación realizada en Minnesota, por los años cuarenta (WWW. Psiquiatria. com,1998), en la cual se intentó medir los efectos y riesgos vinculados con las dietas restrictivas. Este experimento se conoce en la bibliografía como el "experimento de Minnesota". Una vez acabada la II Guerra Mundial, ante la avalancha de enfermos por desnutrición, se observó la necesidad de tratar estos trastornos. Un investigador Ancel Keys, dirigió la investigación en la que se decidió estudiar al detalle los procesos de rehabilitación e inanición, en un periodo de tiempo de un año desde noviembre de 1944 hasta octubre de 1945.

La investigación consistió en reducir el aporte calórico en la alimentación de treinta y seis hombres jóvenes y sanos, aparentemente normales psicológicamente. Es más, cuando se les seleccionó por medio de tests, eran más fuertes psicológicamente que una persona promedio.

El estudio se dividió en tres etapas:

CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

a) Se estudió la conducta durante tres meses, mientras se daba a los sujetos una cantidad acostumbrada de comida.

b) Se restringió la dieta a la mitad durante los siguientes seis meses; muchos de ellos perdieron el 25% de su peso original.

c) Etapa de rehabilitación de tres meses, se les daba la dieta original.

En el aspecto psicológico se registraron transformaciones anímicas:

1-Desesperación sobre el futuro.

2-Influencia sobre la manera de pensar.

3-Sensaciones de depresión y descontrol.

4-Regresión e inseguridad.

5-Comportamientos autodestructivos.

6-Inestabilidad e intolerancia.

7-Asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás.

8-Dejar cosas que antes disfrutaban.

En cuanto a transformaciones físicas, se registraron:

1-Cefaleas.

2-Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.

3-Molestias gastrointestinales: acidez, constipación<sup>29</sup>, diarrea.

4-Problemas de visión y auditivos.

5-Adormecimiento de miembros, especialmente pies y manos.

CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

6-Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo <sup>30</sup>

7-Enlentecimiento metabólico.

8-Disminución de la tolerancia al frío por hipotermia: pérdida de temperatura corporal.

9-Cambios cardiológicos: taquicardia y bradicardia.

10-Interrupción de la menstruación en mujeres (amenorrea)

11-Debilidad muscular, deshidratación, etc.

Lo sorprendente es que aunque las diferencias de motivación para comenzar la dieta, eran diferentes en los sujetos, las consecuencias de la dieta no son diferentes a la hora de evaluar los efectos que produce la mala alimentación.

En general, ninguno de los hombres del experimento llegó a tener episodios bulímicos por<sup>31</sup>:

a)Inestabilidad emocional.

b)Autocastigarse.

c)Tener baja autoestima.

d)Tener adicción a la comida.

e)Problemas familiares.

Las manifestaciones de alteraciones respecto a la comida de estos hombres tanto físicas como psicológicas, es muy similar a las de los enfermos de TCA, como el

<sup>29</sup> Constipación: -de vientre, estreñimiento

<sup>30</sup> El lanugo es un vello fino y largo que crece en los enfermos de TCA, por todo el cuerpo.

<sup>31</sup> Estas son algunas de las razones con que muchas veces se trata de explicar los trastornos de la conducta alimentaria, en la actualidad.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

hecho de jugar con la comida, el interés por las dietas y las calorías, la tardanza a la hora de ingerir alimentos, los síntomas físicos como la bradicardia, el lanugo.

Brevemente vamos a referir ahora otras investigaciones realizadas en EE.UU durante los años sesenta y setenta, para ver la preocupación que ha supuesto la estética para hombres y mujeres, ya desde estos años. (WWW. Psiquiatria.com)<sup>32</sup>

Según una investigación de 1966, un 70% de las adolescentes seguían algún régimen adelgazante como muestra el estudio de Wadden et al. (1966). Dwyer (1967), ya analizó el comportamiento alimentario de *los high school* donde el 61%, ayunó alguna vez en su vida y el 37% lo hacían en ese momento.

En los ochenta, también Davies y Furnham (1986), prestaron especial atención a la disconformidad de las chicas con sus medidas en un estudio a jóvenes británicas, donde la insatisfacción principal era respecto a las caderas, nalgas y muslos. El 4% sólo, presentaban sobrepeso, el 40% juzgaban tenerlo y más del 50% deseaban adelgazar, el 60% recortaba su alimentación y el 40% hacía ejercicio físico, y sólo el 20% seguía una dieta normalizada.

En general el afán de mantenerse en forma es una tónica constante entre las últimas cuatro décadas, y las conclusiones que podemos sacar, respecto a estos datos son las siguientes:

1. Tanto en América como en Europa la preocupación estética ha sido una constante, tanto para las personas que necesitaban un control alimentario como para aquellas que no lo necesitaban.

2. Aunque los estudios no están específicamente dirigidos a adolescentes, el afán de comentarlos es para corroborar que esta tendencia actual tiene sus raíces más atrás en el tiempo, llegando en la época actual a la saturación por enfermedad, ya que la preocupación se ha hecho excesiva y parece haber calado en un estupendo caldo de cultivo como es la adolescencia y primera madurez.

3. Los síntomas que ha manifestado en los experimentos, la inanición, son iguales a los que hoy se manifiestan en el contexto de un TCA, ya sea a nivel físico como

<sup>32</sup> Como hemos señalado estas investigaciones han sido recogidas de INTERNET, por este motivo hay que destacar respecto a los datos reproducidos que aunque pueden ser orientativos, no se conoce la manera en que se han obtenido, por lo que antes de dudar del rigor de las mismas en cuanto a su metodología, debemos ser cautos en su aplicación. En cualquier caso no es desdeñable su presencia como tales datos en este trabajo.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS SOBRE TCA.

II.4 LA GRAVEDAD.

psicológico, ya que los patrones orgánicos de funcionamiento son los mismos antes y ahora, también es de destacar para comprender esta afirmación que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como forma de adaptarse, el cuerpo va quemando menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras descansamos. Cuanto menos se come, menos se adelgaza, porque las calorías son quemadas con más lentitud, como un modo de preservar la energía y de utilizar todo lo que entra para el mantenimiento de los procesos físicos básicos necesarios para sobrevivir.

No se puede manipular el cuerpo, sin riesgo, para lograr un peso bajo, y menos aún reprogramarlo para mantener ese peso por debajo de los parámetros naturales de cada individuo, sin graves consecuencias de todo tipo; así como el individuo tiene una altura predeterminada por sus componentes hereditarios, de un modo semejante aunque no idéntico, también tiene un peso corporal que le es propio. La expectativa de situarse en un peso alejado de aquel, encontrará grandes resistencias por parte del propio organismo.

Observemos pues, como dando pequeñas pinceladas a propósito de este tema, con algunos datos de investigaciones, se percibe la actual tendencia al adelgazamiento que parece ser propia de las sociedades desarrolladas. De cualquier manera lo que menos importa de los datos son las cifras, importa la alarma que se está generando alrededor de estos temas relacionados con la alimentación, y cómo investigadores de todo el mundo se preocupan por ellos; en el momento actual, es necesario preocuparse igualmente por su curación, y aunque los médicos que investigan estos temas han aportado novedades para su mejor conocimiento, es necesario igualmente la puesta en práctica y la observación de mejores resultados cada día, así como la preocupación constante y urgente por una eficaz prevención.

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN  
II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.  
II.3 ALGUNOS DATOS.  
II.4 LA GRAVEDAD.

## II.4 GRAVEDAD

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son en realidad una enfermedad grave catalogada como epidemia social que si se deja evolucionar puede cronificarse e incluso producir la muerte.

En la actualidad se está convirtiendo en una auténtica plaga y la percepción al respecto es unánime. Especialistas españoles, reunidos en Madrid durante la celebración de las primeras Jornadas sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, en septiembre de 1997 (no publicado), se mostraron tajantes al afirmar que existe una nueva epidemia que está amenazando la salud e, incluso, la vida de los adolescentes españoles: la anorexia y la bulimia.

*"Estamos ante una verdadera epidemia. No hay camas suficientes para hospitalizar a tantos enfermos y, lo que es peor, no se puede hacer un seguimiento adecuado de los pacientes cuando vuelven a sus casas, y ésto provoca la recaída de muchos de ellos".*

En general el aumento ha sido alarmante en los últimos años y para los médicos y estudiosos de estas enfermedades el diagnóstico sobre la situación actual de la anorexia y la bulimia en nuestro país es pesimista.

Asunción Marcos (Jornadas sobre TCA, 1997), explicaba para hacernos una idea del alcance reciente de estos trastornos lo siguiente,

*"Todavía recuerdo cómo algunos compañeros me tachaban de loca por dedicarme a una especialidad que, según ellos, no tenía futuro por el escaso número de pacientes que había".*

El tiempo ha respaldado las investigaciones de aquellos estudiosos que se dieron cuenta del alcance que podrían tener estos trastornos y se involucraron en el estudio y tratamiento de los anoréxicos y bulímicos españoles.

La experiencia con otras enfermedades cuya capacidad de propagación ha sido infravalorada por las autoridades sanitarias y que posteriormente han situado a

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

España a la cabeza de los países europeos en número de casos es, según Ginés Salido Eisman, presidente de la Asociación en Defensa de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER), la razón de tanta alarma, refiriéndose al SIDA, como enfermedad paradigmática en España de la cual nadie se ocupó seriamente hasta que la cabeza en número de enfermos fue nuestro país. En el caso de la anorexia y de la bulimia está sucediendo algo parecido. Los expertos están desbordados, porque no hay un número suficiente de profesionales especializados.

El último estudio realizado a propósito de la suficiencia de medios públicos para solucionar estas enfermedades, arroja algunos resultados preocupantes sobre doce de los hospitales madrileños, en 1991 según datos no publicados de ADANER:

El 50% de los hospitales no contaba con equipo multidisciplinar, el 34% no contaba con una unidad de terapia. El 50% no tenían responsables encargados de estos trastornos. El 66,7% no dispone de camas para estos enfermos, el 50% no tiene sus habitaciones acondicionadas, el 66% no daba sesiones de psicoterapia, el 75% no tiene terapia de enfermos hospitalaria y el 66% tampoco tiene terapias de enfermos ambulatorias, un 75% no realiza ninguna actividad con los padres. En estos hospitales durante este año se registraron un 90% de casos de anorexia y un 5% de bulimia, y 5% de procesos mixtos<sup>33</sup>, de los cuales según los hospitales tenían una tasa de curación entre el 0%-21%, con un 1,5% de media de ingresos por paciente, y un 5% de ingresos en UVI. Con datos así, aunque sean pasados, no se puede ser muy optimista en cuanto al tratamiento, ya que en la actualidad la tónica de actuación en los hospitales públicos es la misma.

Han bastado diez años para que las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia en nuestro país se equiparen a las del resto de los países europeos, convirtiéndose así en la tercera enfermedad (la primera es el asma, y la segunda la obesidad) más frecuente entre los adolescentes.

La anorexia nerviosa afecta en términos generales, diez veces más a mujeres que a hombres, aunque últimamente muchos varones se están uniendo a los trastornos de la alimentación, y han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas. Hasta ahora el sexo era un factor de protección frente a los trastornos de la alimentación, ser varón era un arma eficaz contra la anorexia y la bulimia, pero esto está cambiando y cada vez hay más casos de chicos que sufren estas patologías.

<sup>33</sup> A medio camino entre anorexia y bulimia, con periodos de inclinación hacia una u otra patología

### **II.4.1. ALGUNAS CIFRAS. EPIDEMIOLOGÍA.**

Los pocos datos que existen en la actualidad son alarmantes, y ya en 1985, un equipo del hospital infantil del Niño Jesús de Madrid halló un porcentaje del 0,3% de enfermos entre la población adolescente. El mismo equipo en 1995, descubre que la proporción se había triplicado y que la población de riesgo pasó del 11% al 20%. Para subrayar el crecimiento basta ver como en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid se recibía un solo caso anual de anorexia antes de 1980, cifra que se multiplicó por cien en 1987. Generalmente la proporción de curaciones es del 50%, del otro 50%, un 20% evoluciona a mejor, pero permanece con bajo peso, la misma cantidad permanece anoréxica, el 5% evoluciona a la obesidad y entre el 6%-7% evolucionan a la muerte. ( Protocolo de TCA 1995)

Datos más recientes del último número del British Medical Journal (1998), arrojan los siguientes datos, entre el 5% y el 18% fallecen, aunque cada vez se reducen más los casos de muerte, por el tratamiento directo a los enfermos en unidades especiales.(P.Matey, 1998)

**Los estudios epidemiológicos** confirman el crecimiento de estas patologías en todo el mundo occidental. Los hallazgos encontrados hace varias décadas en países de mayor nivel de vida que el nuestro se están replicando en la actualidad, aquí; según AA.VV .Mesa Redonda ALCMEON,16.(1998), en un estudio llevado a cabo en población escolar en Madrid con una media de edad de quince años, se encontró una prevalencia del 0'6%, de TCA, deduciendo que esta cifra sería mayor si se hubiera ampliado la edad de estudio en tres años. Esto coincidiría con los hallazgos encontrados en población londinense del 1% de casos completos entre la población joven. La prevalencia de síntomas de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes pero que no reúnen todos los criterios se estima en un 5%.

El comportamiento epidemiológico de la Bulimia presenta características más alarmantes ya que fue un cuadro descrito por primera vez en 1979 y hoy en día se considera que presenta una proporción superior de pacientes con conductas bulímicas en relación a las que padecen anorexia nerviosa. Su prevalencia es difícil de precisar por ser una conducta privada que se oculta, pero puede considerarse actualmente como del 1% al 2% de casos completos (I Jornadas sobre TCA, 1997). Como la anorexia, también



## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

la bulimia es más frecuente en mujeres que en varones pero su inicio es frecuentemente en la adolescencia tardía o en la adultez temprana.

Respecto a la bulimia nerviosa, unos de los estudios mas recientes y con mas estricta metodología, encuentra que en un grupo de noventa y nueve pacientes con un seguimiento de 5'8 años, el 46% respondía a todos los criterios según el D.S.M IV de trastornos alimentarios (19% tenían bulimia, 3% anorexia, 24% tenían un trastorno no especificado) estos hallazgos coinciden en general con los hechos por otros autores. P.Matey. (1998)

Podemos concluir que sumando los casos de trastornos alimentarios completamente establecidos (anorexia y bulimia) la prevalencia para población adolescente y adultez temprana es del 4%. Si ampliamos esta estimación a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados y las formas incompletas, que generalmente tienen un curso más benigno y en algunos casos solo requieren consejo por el médico general, las estimaciones rondan el 10%.

Otras cifras al respecto son las siguientes, en 1991, en Madrid había mil setecientos veintiocho casos diagnosticados de los cuales mil quinientas sesenta y tres eran mujeres, hoy en día el número es mayor, se estiman más de once mil casos en Madrid, sin contar con la población de riesgo que aumenta cada verano para asistir a la consulta en otoño. G. Morandé, (1990).

En toda España se estiman según ADANER, quinientos mil enfermos de TCA de los cuales algunos serán bulimicos/as y otros/as anoréxicas/os, así como enfermos/as de otras patologías asociadas.

Los escasos datos que aportan desde el Ministerio de Sanidad son dudosos, puesto que a través de encuestas se ha detectado entre un 0,5% y un 1,5% de enfermos entre la juventud, (datos provenientes de las encuestas provinciales realizadas) lo que según el gobierno daría un cifra global de entre cincuenta mil y ochenta mil enfermos, para ADANER las cifras son mucho mayores puesto que rondan los quinientos mil paciente considerándose a esta patología como una de las tres peores lacras del fin de siglo, junto al cáncer, el SIDA y la hipertensión arterial. (ABC 15-4-1999).

En ADANER igualmente reciben miles de llamadas de las cuales la mayoría son de enfermas que no han reconocido a nadie su enfermedad y esto debe hacer

**CAPITULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

cuestionar las supuestas encuestas de las que se hablaba antes. Realmente es difícil tener idea del alcance real de la enfermedad puesto que las enfermas/os niegan la patología y llevan sus conductas en secreto.

Según el número de llamadas que se reciben en el teléfono de ayuda de ADANER, sobre un total de 586 recibidas durante poco más del primer trimestre del año 1999, los datos arrojan los siguientes informes, el 98% son mujeres frente al 2% de hombres que piden ayuda directamente puesto que en esta estadística no se han contabilizado las llamadas recibidas para pedir ayuda, de padres, familiares o amigos, incluidos los novios.

La edad mas frecuente de inicio de la anorexia nerviosa es en la segunda década de la vida pero cada vez más pacientes anoréxicas comienzan con su enfermedad a partir de los veinte años. Aunque este trastorno se describió inicialmente en clases sociales superiores ahora no se aprecia esta distribución. Ocurre con más frecuencia en países desarrollados, y es más frecuente en mujeres jóvenes con profesiones que requieren delgadez tales como modelos o bailarinas.

De los datos, la mayor horquilla de edad está entre los dieciocho y veinticinco años, que ocupan un 40% de las llamadas, seguidos de la horquilla de veintiséis a treinta y cinco años con un 27%. Es destacable como las personas enfermas más maduras acuden más rápidamente a la ayuda telefónica generalmente debido a que los más jóvenes aún no han reconocido su problema y se niegan a pedir ayuda directamente e incluso indirectamente, ya que tampoco los familiares, en la mayoría de los casos, se percatan del problema. Sin embargo las personas de edades superiores a dieciocho años, generalmente tienen una evolución de la enfermedad más amplia, están siendo conscientes de los peligros y de la escasa calidad de vida que tienen y se sienten con ganas de pedir ayuda, por esto la diferencia de enfermos adolescentes que llaman y la de jóvenes y adultos es muy amplia. Como ya habíamos dicho respecto a los varones es claro que según los datos, el mayor número de chicos enfermos que llama se encuentra en edades muy precoces, el 6% por debajo de los diecisiete años, el 3% de dieciocho a veinticinco y solo el 1% de veintiséis a treinta y cinco, siendo nulas las llamadas de varones mayores de treinta y cinco años. Este dato nos muestra como los chicos piden ayuda generalmente antes que las chicas por su precoz conciencia del problema, sin embargo las féminas arrastran durante más años su silencio y su enfermedad habiendo un 6% de mujeres que confiesen su descontrol después de los 36 años. Como dato anecdótico durante el primer trimestre de 1999 la enferma más joven

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

que pidió ayuda solo tenía ocho años y la mayor setenta y dos años. (Datos no publicados facilitados en ADANER, 1999)

Las tendencias actuales están como están, pero aunque sea excepción que confirme la regla existe un estudio realizado por Heatherton et al. 1995 donde se analizó la población de un colegio estadounidense en dos periodos, uno en 1982 y otro en 1992 con idéntica metodología para descubrir que la preocupación de la población y las alteraciones ante el culto al cuerpo. La bulimia se redujo del 7,1% al 5,1% de chicas y del 1,1% al 0,4% de chicos, se aumentó la percepción y valoración del físico y se eliminaron las conductas relacionadas con un TCA, las estudiantes en 1992, pesaban un promedio de 2,3 kilos más que en 1982 y aceptaban según fuera el caso de mejor forma el sobrepeso. (J.Toro, 1996).

La Tendencia en EEUU, es desde luego sorpresiva, puede ser que cuando en países a la cabeza de todo, la mentalización sobre los TCA se hace notar, en países como España, donde la llegada de los trastornos ha sido más tardía aunque por ello no menos brutal y grave, estamos aún en la fase de toma de conciencia, aunque resulta duro para los enfermos y sus familias que "cuando otros están de vuelta, nosotros vamos".

Actualmente diversos estudios y profesionales especializados en la materia hablan de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), como de la nueva "epidemia" de nuestro tiempo. Atrás quedan las categorías que implicaban como grupos de riesgo a mujeres entre quince y veinticinco años, con un nivel socioeconómico alto. La nueva epidemia ya está rebasando estas fronteras y afecta a niños y niñas, hombres y mujeres de cualquier clase social, eso sí, del mundo occidental principalmente.

Según el *American journal of Psychiatry*. P. Matey. (1998), entre el 30% y 40% se curan, tras seguir una terapia, algunas permanecen delgadas y siguen sufriendo algunas características de esta patología, existe un 10% de las setenta mujeres que se analizaron, las cuales siguieron manifestando alguna alteración, una vez pasados doce años de su tratamiento. Cuando hay curación no quedan secuelas físicas notables ya que el organismo se autorrecupera completamente, excepto por ejemplo en el deterioro dentario.

La curación total, conlleva un esfuerzo mayúsculo por parte de todos y especialmente de los enfermos, por otra parte si recurrimos a la literatura escrita existen opiniones para todo a cerca del porcentaje de curaciones. Recogidos en De

## CAPÍTULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

II.4 LA GRAVEDAD.

Ajuniaguerra, 1986, aparecen algunos datos de seguimientos de la enfermedad, por ejemplo J.E. Meyer dice que de una muestra de veinte casos a lo largo de doce años, siete se han curado totalmente, otras siete mejoraron manteniendo fobias y obsesiones por la comida, tres murieron y tres se volvieron esquizofrénicas

El factor que más se relaciona con las posibilidades de recuperación es el tiempo de evolución de la enfermedad (a mayor tiempo menor índice de curaciones). Por grupos diagnósticos las bulimias tienen mejor pronóstico que las anorexias y de estas las que son restrictivas mejor que las purgativas. Hay otras variables que influyen en el peor pronóstico como son la edad tardía de inicio, las enfermedades psicológicas añadidas, unas relaciones familiares alteradas, y la intensidad de los síntomas, no sólo psíquicos sino también orgánicos (peso y deterioro orgánico).

Hoy en día las expectativas son más positivas, la curación total es posible aunque la mayoría siga manteniendo algún comportamiento típico, pero realizando su vida con toda normalidad. Las muertes por suicidio se intentan disminuir llevando un tratamiento adecuado. Por otro lado tampoco vale un cambio en la aceptación de la comida, o un ligero aumento de peso para dar a la anorexia por desbancada. Algunos creen que los TCA pueden considerarse vencidos cuando la amenorrea (falta de menstruación) desaparece, pero la curación será total únicamente cuando la adolescente haya cambiado sus maneras de proceder ante la comida, y sus naturales consecuencias, e igualmente cuando se haya obtenido suficiente movilidad en sus relaciones personales, y comprometa su identidad con ciertas experiencias, de tipo sexual, relaciones sociales, laborales...

### **II.4.2 MORTALIDAD**

Muchos son los datos al respecto, y muy variados como ya hemos apreciado anteriormente, pero la realidad es que cualquiera de las estadísticas resulta abrumadora. Vamos a presentar algunos de ellos. En estudios de grupos de pacientes anoréxicos se han encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%. Debe notarse que el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos de 60% de lo normal. Algunos de estos estudios incluyen la muerte por suicidio, que se ha calculado comprende la mitad de las defunciones en anorexia. (Uno puede razonablemente considerar todos los casos de anorexia como intentos suicidas).

**CAPITULO II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

II.1 INTRODUCCIÓN ESTADO DE LA CUESTIÓN

II.2 LOS TCA EN LA HISTORIA.

II.3 ALGUNOS DATOS.

**II.4 LA GRAVEDAD.**

El riesgo para la muerte prematura es dos veces más alto en bulímicos que en anoréxicos, así como en los tipos que restringen sus dietas. Las personas en mayor riesgo también incluyen a las que han estado enfermos por más de seis años, quienes estaban obesos antes de que se volvieran anoréxicos, o tenían trastornos de la personalidad.

Como hemos dicho si la anorexia no es detenida a tiempo puede llegar a la muerte. De hecho hasta hace sólo quince años, la tasa de mortalidad por anorexia era de dieciséis por ciento, y casi la mitad de quienes la padecían se volvían crónicos. Según estudios fuera de España, la mortalidad de la anorexia nerviosa en un estudio de seguimiento a treinta y tres años es del 18%, haciendo que esta sea una de las patologías de mayor letalidad en psiquiatría. (G, Morandé, 1990)

Además los estudios controlados mejor diseñados sobre su evolución arrojan un extremadamente mal pronóstico ( Russell, 1985), aceptándose generalmente que en seguimientos a largo plazo, 18%-20% mueren por causas directamente relacionadas con la enfermedad, otro porcentaje similar persisten con la sintomatología activa, generalmente evolucionan con conductas purgativas, y cerca de un tercio de las pacientes mantienen sintomatología de deficiencia alimentaria y otro tercio se recuperan. En un meta-análisis de cuarenta y dos estudios (3006 pacientes) sobre mortalidad de anorexia nerviosa, se encuentra que mueren 0'56% al año, una incidencia de muerte doscientas veces mayor que la del suicidio en la población general y un índice de mortalidad del doble que en la población psiquiátrica femenina que ha tenido ingresos psiquiátricos (Sullivan, 1995).(citado en G.Morandé, 1995)

A la vista de los datos, hoy en día la anorexia está dejando de ser considerada una manía de niñas tontas y empieza a ser tratada como una enfermedad física y mental grave, que requiere un tratamiento específico y la máxima atención.

## II.5. BIBLIOGRAFÍA DEL CAPITULO II

Alonso, S y Ruiz, R (1999) "El gobierno obligará a los diseñadores a impulsar tallas superiores a la 40 para frenar la anorexia". La Razón.15/4. Pag 14 y 37.

AA.VV. (1995) **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders..** Fourth edition. Washington,DC. The American Psiquiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord) **DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** . Barcelona. Masson. 1995)

AAVV. Coord. Morandé,G (1995) **Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario**. Insalud. Madrid.. pp.193.  
anorexia nervosa",Psychological Medicine,10:647-651

Blachez,P.F(1869) "Boulimie", en A. Dechandre(ed): Dictionarie Enciclopedique des Sciencies Medicales,1ª serie, vol.10. París :Masson.

Carbajo,G et al (1995) "Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento". Psiquis,16,4;21-26.

CIS (Centro de Invstigaciones Sociológicas) Barómetro de septiembre de 1999.

Chichilla Moreno, A (1994) **Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria : anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**. Barcelona. Masson.

Feighner,J.P. Robins,E. Guze,S.B.,Woodruff,R.A. Winokur,G., y Muñoz,R.(1972) "Diagnostic criteria for use in psychiatric research". Archives of General Psychiatric 26,57-63

Flórez Tascón, F.J. (1962) **Delgadez, adelgazamiento y caquexia**. Monografía . Madrid. Roche. 54 pag

Garner D, M.y Garfinkel,P. E (1980) "Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa",Psychological Medicine,10:647-651

González, E. (1999) "La realidad virtual como ayuda psicológica".Madrid. Diario 16.11/2.Pag 3.

Guillemot, A , Laxenaire, M. (1994) **Anorexie mentale. Le poids de la culture**. Paris. Masson. (Traducido:Alfonso Rodríguez Martínez. **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura**". Barcelona. Masson).

Gull,W,W( 1874) "Anorexia nerviosa"(apepsia hysterica, anorexia hysterica)" Transaction of the Clinical Sciety of London,7:22-28.

Kestemberg, E. Kestemberg J.Decobert,S. (1976) **Angry and body**( Traducido:Rafael Thomas. **El hambre y el cuerpo**. Madrid. Espasa calpe, 292 p.)

Lasègue,C.(1873) "De l'anorexie hystérique", Archives Générales de Médecine, abril,pp.385-403.

Loureiro Cachón, V.E (1994) **Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de bup. Municipio de la coruña**. tesis. Santiago de Compostela.

Manso, S (1999) "El Congreso aprueba por unanimidad una batería de medidas para frenar la anorexia" ABC.15 de abril. Pag 77.

Marcos, A. (1997) I jornadas sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid .

Martínez Mallén E: et al (1993) "Influencias socioculturales sobre actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación" Revista de Psiquiatría de la facultad de medicina de la universidad de Barcelona,20. 2:51-65.

Mateu, V (1999) "Rechazan el empleo de modelos menores de 16 años" El mundo.15/4.Pag 36.

Matey, P. (1998) "Tratar la autodestrucción" El Mundo 23-7-1998.

Morandé Lavin, G.(1995) **Anorexia nerviosa y nutrición**. Madrid. Fundación Española de la Nutrición.

Morandé Lavín. G. (1990) **Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, anorexias nerviosas, bulimias y bulimarexias**. Madrid. Editorial Complutense de Madrid. 336 pag.

Raich, R. M. (1995) **Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios**. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid. 150 Pag.

Russell.G.F.M (1979) "Bulimia nervosa: an omnious variant of anorexia nervosa", Psychological Medicine 9:429-448

Russell.G.F.M (1985) "The changing Nature of anorexia nervosa: an introcducción to the conference" Journal of Pediatric Research, 19:101-109

Toro J y Vilardell E. (1989) **Anorexia nerviosa**. Barcelona.Martínez Roca.

Toro J, (1988b) "Factores socioculturales de la anorexia". Revista de psiquiatría de la Facultad de medicina de Barcelona. Vol XV. Nº 2 marzo abril pag 102-109.

Toro, J. (1988) "Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta". Anuario de Psicología.; No 38(1): 23-47

Toro, J. (1996) **El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad**. Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

Toro, J.; Salamero, M.; Martínez, E. (1994) "Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa". Acta Psychiatrica Scandinavica.. Mar; Vol 89(3): 147-151

Toro,J, Cervera,M y Pérez,P (1985) "Influencia de los medios de Comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento" V Mediterranean Congress Of Social Psyquiatry.(Comunicación no publicada)

Yunes, R. Romi J.C, Bertera,H. (1998) **Mesa redonda sobre anorexia y bulimia**. ALCMEON Nº16 ([http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16\\_03.htm](http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16_03.htm).)20/6/98. 30 pag





## III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## **CAPÍTULO III**

# **LAS CAUSAS DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **III.1. INTRODUCCION A LAS CAUSAS**

Observamos como las anorexias eran consideradas como una curiosidad clínica hace treinta años, mucho más aún la bulimia nerviosa. Los populares, hoy en día, trastornos de la conducta alimentaria parecían no existir. La realidad es que sí existían, puesto que se recogen los casos en los escritos médicos, lo que sucedía es que los medios de comunicación no se preocupaban de ellos, no existía el interés sensacionalista de sacar a una chica delgadísima, emaciada, para ser admirada como una curiosidad. Las teorías explicativas son cada vez más completas y firmes, y la descripción de los síndromes más acertada. Este avance ha sido promovido por la necesidad de demandar el correcto tratamiento de un problema sanitario como éste con fuertes vinculaciones sociales y estéticas. Existen actualmente dos revistas internacionales dedicadas al estudio del comportamiento alimentario, *International Journal of Eating Disorders* y *la European Eating Disorders*. Actualmente son múltiples los congresos y reuniones científicas en todo el mundo, que anualmente se encargan monográficamente de este tema y no dejan de gotear los artículos o programas de televisión que tratan el tema.

Los médicos, han trabajado actualmente para encontrar las causas que la producen. Se han originado muchas teorías más o menos contrastadas, algunas de las cuales son aún muy populares y conocidas aunque no por ello son ciertas individualmente, ni únicas dentro del cuadro completo. Entre estas teorías más comunes están, la teoría familiar, que viene a echar la culpa a la familia y particularmente a la madre, otra teoría propone la negación de la joven a ser mujer y crecer, miedo a la madurez, otras propician que la culpa la tiene la moda y la publicidad, que nos bombardea sin darnos cuenta con mensajes para algunos subliminales y para otros

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

## III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

## III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

## III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

## III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

## III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

directos, o en su forma más amplia la culpa de estos males la tiene el entorno sociocultural, a propósito del cual debemos decir que todo el mundo se ve afectado de la cultura circundante, pero no todo el mundo desarrolla un TCA. Los trastornos familiares, las presiones, el rol de la mujer en la sociedad, y probablemente algunos rasgos inherentes a la personalidad, contribuyen al riesgo de padecer un TCA, siendo estos factores igual de importantes que los fenómenos socioculturales.

Muchos son los enfermos, los médicos intentan encontrar tratamientos eficaces, los enfermos intentan salir con esfuerzo y los familiares sufren en silencio con una enfermedad que a veces no consiguen entender, pero nadie duda de su complejidad y de la dificultad de su abordaje, ni de su multicausalidad, ya que sean unos u otros los motivos, no son ciertos ni falsos, si se toman por separado.

Para algunos estudiosos, el desarrollo se lleva a cabo a lo largo de un continuum donde en un extremo están las personas preocupadas por su figura y sin presentar un trastorno y en el otro los enfermos de anorexia y/o bulimia. Resulta realmente difícil analizar la raíz de la cuestión por tratarse de una epidemia cuyos desencadenantes son multifactoriales, por un lado la influencia de la historia individual, de cada paciente, por otro lado la dimensión familiar cuya repercusión es fundamental y en tercer lugar la influencia de una sociedad cambiante y degenerativa de la imagen corporal, hacia unos patrones de comportamientos casi patológicos que principalmente atentan contra la figura genéticamente establecida de la mujer.

Podemos hablar de distintos factores causantes que se agrupan como:

Predisponentes: socioculturales (contexto en el que estamos), familiares e individuales.

Precipitantes: estresores (adolescencia por ejemplo), actitudes anormales respecto al peso y figura (la decisión de comenzar con dietas para tener un cierto control), dietas extremas y pérdida de peso.

Perpetuantes: atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

Ser gordos o delgados, esa es la cuestión y para ser delgados el precio que se paga es la salud y la moneda, los TCA. Es por esto, que todos somos cómplices de la enfermedad que tratamos, todos atentamos contra nuestra propia salud cuando

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

**III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.**

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

pensamos permanentemente en perder peso, no por eso siendo todos anoréxicos o bulímicos, ya que las enfermedades como éstas son la culminación de la presión tan antinatural a la que hoy nos vemos sometidos, y de la que no todos salimos airosos, puesto que la debilidad humana hace que se fracase en el intento de ser complacientemente perfectos, y este fracaso es lo que hoy en día tratan los psiquiatras bajo el epígrafe de los trastornos del comportamiento alimentario.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## III.2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

En la mayoría de los textos y bibliografía sobre este tema ya aparece la anorexia y otros trastornos como una enfermedad causada por múltiples factores<sup>26</sup>, que se pueden resumir en factores individuales, biológicos y psicológicos, familiares y culturales.

No hay una causa única de los trastornos de la alimentación ya que se trata de factores que, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes químicos y emocionales y los trastornos de la personalidad, colaboran como gatillos para ambas, la anorexia y la bulimia; aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias. Algunos autores se empeñan en demostrar que los TCA tienen su origen en una causa determinada que es la que marca una cierta situación de desequilibrio. Multitud de estos, de corte psicoanalista se esfuerzan en encontrar relaciones de causalidad entre un trastorno de la personalidad del niño, motivado por un traumatismo psíquico temprano que originará una anorexia o bulimia, cuando se ponga de manifiesto la adolescencia y la pubertad (H. Bruch, 1973 y 1978, Selvini Palazzoli, 1974)

Según Schütze (1983), las causas de los TCA se centran en tres áreas, la familia, la personalidad premórbida<sup>27</sup>, y los problemas del desarrollo puberal, podemos observar como no se hace alusión a los factores socioculturales que serán nuestro centro de atención aunque por otra parte, se esfuerza en hacer constar que ninguna de las tres áreas por sí sola puede desencadenar un TCA, sino que la simbiosis perfecta entre ellas es lo que propicia el nacimiento del síndrome. En otro lugar el autor afirma que el resultado de la enfermedad se produce a través de un conjunto muy complejo de distintos factores parciales, de los cuales el que tiene un papel causal específico es la constitución de la personalidad. Realmente lo difícil en los TCA sea, el descubrimiento de factores realmente desencadenantes de la enfermedad en cada caso concreto, que por estar íntimamente unidos a factores precipitantes son de una extremada complejidad,

<sup>26</sup> Cuanto más antiguas las fuentes más inclinación por una causa determinada y cuanto más reciente más inclinados los autores al aspecto multicausal de la enfermedad

<sup>27</sup> Mórbido es un término que significa que padece enfermedad o la ocasiona.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

## III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

## III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

## III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

## III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

## III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

dificultando de la misma manera la causa real de los trastornos y la elección del abordaje de la enfermedad, ya que tenemos que tener presente la dificultad absoluta de tratar cada caso por separado puesto que se trata de enfermedades absolutamente personalizadas. No podemos decir que la enfermedad aparezca siempre por la confluencia exacta de elementos distorsionantes, como los anteriormente expuestos, ya que en todos los cuadros no se dan todos los síntomas físicos y psicológicos y de igual manera no a todas las enfermas se les ha reconocido el mismo patrón de conducta familiar ni problemas familiares, y por último no todas coinciden en el aspecto decisivamente influyente, como pueden ser los factores socioculturales. Existe por otro lado un elemento común en todos los cuadros en los que últimamente se basan todas las expectativas de nuevos estudios, como es el factor de la inanición y por tanto sus repercusiones físicas y psicológicas en la salud. AAVV, coord. G.Morandé (1995)

La realización de una dieta para adelgazar es casi siempre el primer trastorno que las pacientes sufren físicamente, y decimos físicamente porque previamente debe existir una predisposición tanto personal, familiar y social para que el primer hecho objetivo se desencadene a través de una manifestación concreta, bajar de peso. Otro elemento en el que últimamente se centran los estudios es en el síntoma del hambre (AAVV. Coord. G.Morandé.1995) ya que las enfermas niegan tener esta sensación, cuando en realidad su deseo por comer persiste inhibido gravemente por un miedo atroz a ingerir comida que es lo mismo que ganar peso para ellas. A propósito de esto es recomendable hacer un análisis somero de la sensación de hambre que, para M. Alemany (1995), se inicia de un modo imperceptible, creando cierto desasosiego que al cabo de un tiempo nos produce ganas de comer, si no se satisface, ésta no deja de atenazarnos nuestro cuerpo y voluntad hasta que se convierte en una sensación física que aumenta progresivamente y nos impulsa a comer, a veces y si la carencia de alimentos es grande nos hace ingerir alimentos incluso por encima de remilgos y preferencias, e incluso de tabúes, ya que son muchos los preceptos religiosos relacionados con la comida<sup>28</sup>. Una vez que la sensación se ha agudizado disminuye seguida de una postración general del cuerpo que economiza el máximo de energía en sus funciones hasta que se satisfacen sus necesidades. Según lo expuesto, están equivocados los que creen que esta enfermedad produce inapetencia, como bien aparece en el DSM III-R, el término anorexia es incorrecto ya que es rara la pérdida de apetito.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

## III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

## III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

## III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

## III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

## III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En íntima relación con la sensación de hambre está la saciedad, que como dice M. Alemany (1995) es una sensación placentera que se produce cuando llenamos el estómago y que está íntimamente relacionada con el tamaño de éste, así como con el tipo de alimentación que se siga<sup>29</sup>, relacionando esto con nuestro tema, podemos decir que se controla mejor la ingesta de alimentos cuando se toman despacio, tomando así menos cantidad. Las anoréxicas tienden a ser muy lentas en sus comidas, y a desparramar la misma por el plato o vaciarla fuera del mismo. En este caso la conducta de los enfermos no es exactamente con el fin de sentirse saciadas antes, ingiriendo así menos cantidad lo que resultaría lógico y de acuerdo con el tratamiento, sino que su interés es más bien el de desperdiciar la misma, malograr los alimentos, entretenerlos en el plato para no ingerirlos, dando la sensación de que han comido cuando lo único que han hecho es escurrir los alimentos, desmenuzarlos o tirarlos fuera.

En la bulimia existe igualmente otro aspecto de acuerdo con lo que hemos planteado anteriormente sobre la saciedad, los atracones propios de esta enfermedad impiden la misma, por la rapidez con que devoran los alimentos, ingeridos sin masticar, puesto que el propósito es el de llenar el estómago por encima de límites insospechables para calmar la ansiedad pero sin el fin de que estos nutrientes lleguen a la sangre, lo que evitan después con el vómito. Igualmente destacamos como la bulimia no llega a estos episodios sólo por hambre sino que en muchas ocasiones pueden llegar a comer para vomitar por la adicción que padecen a la comida. Otro aspecto a destacar que nos parece relacionado con nuestro trabajo, es el hecho de que algunos alimentos por su composición estimulan el apetito, como es el caso de los dulces, y edulcorantes que aunque tengan pocas calorías por el hecho de ser más dulces incitan a seguir comiendo. Tenemos aquí otro elemento en común con la bulimia donde la base de los atracones son productos muy calóricos y entre ellos los dulces, no se dan atracones estas pacientes porque comiencen a ingerir dulces sino que los ingieren porque son alimentos prohibidos que siempre se han negado a probar por su miedo a engordar y que como después del atracón vendrá el vómito, o la conducta purgativa, pierden el miedo a estos manjares, por unos minutos, comiéndolos desafortadamente.

<sup>28</sup> Por ejemplo en la religión cristiana, se prohíbe comer carne en viernes durante la Cuaresma, y en la musulmana la tienen excluida de su dieta.

<sup>29</sup> La saciedad es mayor con comidas abundantes y poco repartidas que en dietas con comidas repartidas y poco abundantes, de igual modo es mayor en dietas ricas en fibra y se produce antes si se toman los alimentos despacio porque está

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

## III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

## III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

## III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

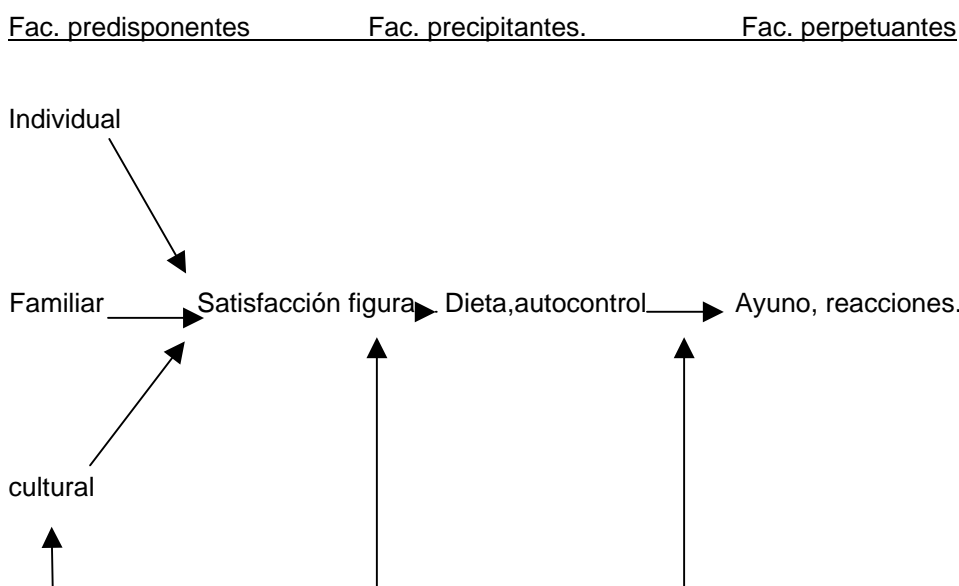
## III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

## III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Tras esta primera aproximación a la problemática de los factores causantes de los TCA resumiremos en un cuadro los elementos más relevantes, destacando los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores o perpetuantes, que interactúan en esta enfermedad.

Los factores predisponentes que provienen del contexto individual familiar y social determinan la imagen del paciente, en términos de satisfacción de su cuerpo y de su peso, esta insatisfacción aparente desata mecanismos precipitantes de dietas y autocontrol personal no solo hacia la comida, y que se perpetúa con conductas de ayuno prolongado, conductas purgativas y reacciones adversas hacia los demás.



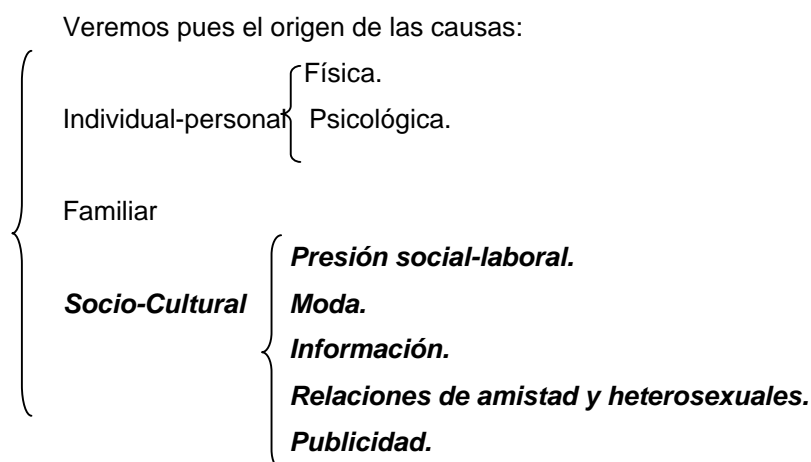
**Figura 1** David Gadner. *Etiopatogenia de la anorexia Nerviosa*. The Lancet, 1993. Citado en AAVV. Coord. G. Morandé (1995).

relacionada con la velocidad de llegada de los nutrientes a la sangre, si la alimentación se hace pausada, los primeros componentes llegan antes a la sangre y esta sensación se produce antes.

### III.3. CAUSAS QUE PROVOCAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Más arriba hemos propuesto un esquema sencillo de abordaje a las causas, que será ampliamente desglosado en un modelo de factores predisponentes y precipitantes más adelante. En nuestro trabajo hemos decidido obviar los factores perpetuantes de los trastornos puesto que nos interesa analizar más exhaustivamente las causas primeras que pueden desatar un TCA teniendo en cuenta que los factores predisponentes y precipitantes, son a la vez mantenedores y perpetuantes de dichos trastornos mientras existan en la vida de los enfermos. Además entendemos que a nivel físico y psicológico, los síntomas que perpetúan las enfermedades son consecuencias de causas primeras, que no funcionan tanto como detonantes sino como agravantes del cuadro, teniendo en cuenta lo anterior y debido a la complejidad de las relaciones entre las áreas predisponentes y precipitantes, hemos simplificado nuestra aportación eliminando los factores mantenedores antes enunciados.

Para tener una primera aproximación a los elementos de nuestro modelo proponemos el esquema siguiente, cuyo fin es el de marcar las principales líneas de actuación muy someramente, para ver las grandes áreas multicausales y entre las cuales desataremos relaciones de causa-efecto en el sistema elaborado que propondremos.



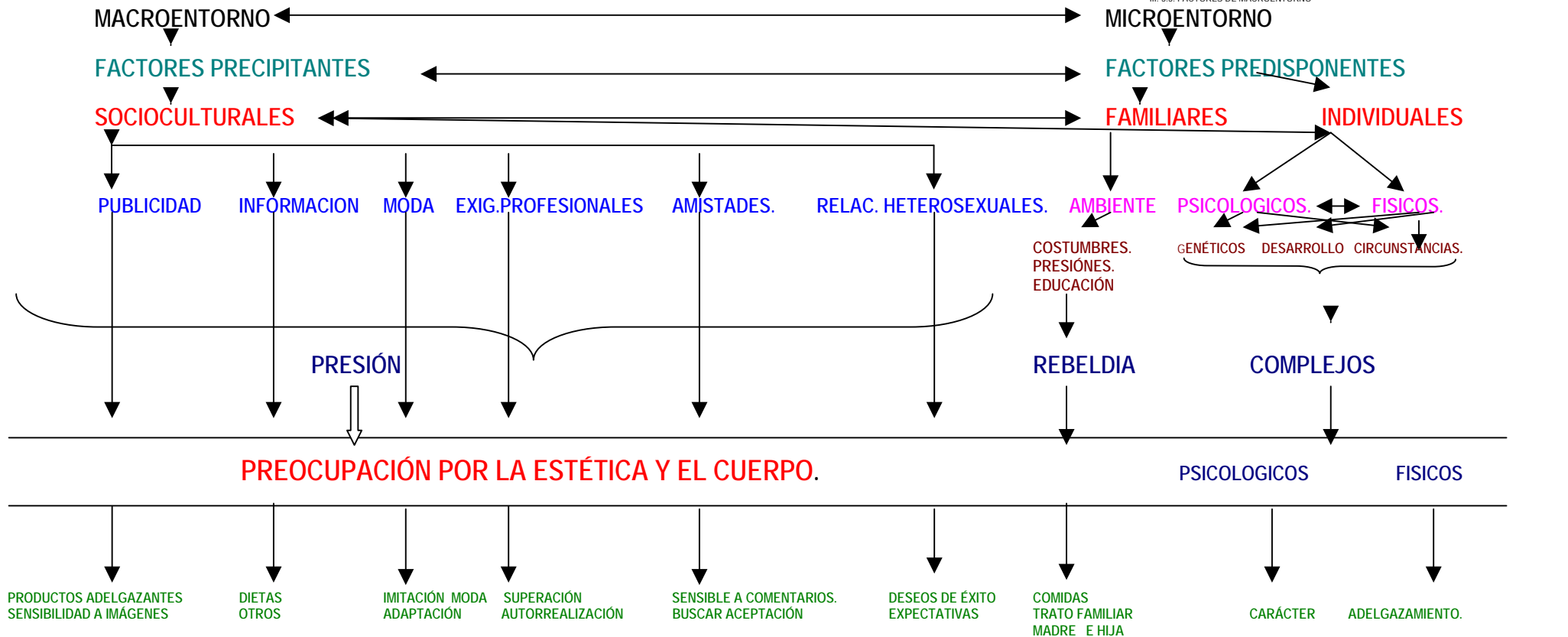
Fuente: Elaboración propia.



### III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

#### CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.  
 III.3.1. NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2. FACTORES DE MICROENTORNO  
 III.3.3. FACTORES DE MACROENTORNO



Fuente: Elaboración propia.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

**III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.**

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

### **III. 3.2.FACTORES DE MICROENTORNO**

Empezaremos analizando nuestro modelo por los factores de microentorno, aunque en el gráfico están situados en primer lugar los de macroentorno. El orden del sistema de relaciones está determinado por la ley de la generalidad-particularidad y porque serán los elementos del macrocontexto aquellos que interesan más en nuestro trabajo, para determinar los verdaderos factores socioculturales influyentes o no en los TCA.

Volviendo al tema que nos ocupa en este apartado debemos determinar que los factores del microentorno son los más cercanos a los sujetos porque contienen los aspectos personales y familiares de la vida con los que todos convivimos queramos o no, por tanto se trata de unos elementos de obligado cumplimiento para el desarrollo físico y psicológico así como familiar de la vida de los seres humanos en general y de la de los enfermos de TCA particularmente. Dentro del **microcontexto personal y familiar** donde conviven los enfermos, existen multitud de factores que interrelacionados confluyen en el desencadenamiento de un TCA, estos elementos que hemos llamado predisponentes son los que analizaremos a continuación para entender más eficientemente nuestro punto de vista.

#### **III.3.2.1. LOS FACTORES PREDISPONENTES.**

Los factores predisponentes se dividen en dos grandes bloques, los familiares y los individuales o personales, que a su vez ocupan el área psicológica y el área física, por tanto cualquier persona está compuesta integralmente de estos elementos. Concretamente las variaciones en la manera de manifestarse estos elementos en personas sanas o proclives a un TCA, nos delimita una especie de retrato robot del perfil de nuestros sujetos

En este retrato diferenciamos pues:

##### **1.Factores de riesgo físico-biológicos.**

Mujer adolescente.

Pubertad

Ligero sobrepeso, por llegada a la menarquía o primera menstruación.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## 2. Factores psicológicos.

Baja autoestima

Perfeccionismo.

Elevado rendimiento escolar.

Tendencia a la hiperactividad.

Deficiente afectividad.

## 3. Familiares

Problemas familiares.

Tendencia a los TCA de otros miembros de la familia.

Trastornos afectivos.

### III.3.2.1.1. ASPECTOS INDIVIDUALES PSICOLÓGICOS Y PERSONALES EN LOS TCA.

#### III.3.2.1.1.1. LA PERSONALIDAD

Una personalidad estructurada, implica aceptar que la psiquis llega a tener un alto grado de organización, con estabilidad y coherencia, producto de la interacción entre lo genético y los factores ambientales que producen un moldeamiento a través del tiempo. La personalidad está constituida por un conjunto de rasgos que se presentan unidos, estableciendo una permanente modalidad de percibir, conectarse y estar en el mundo que nos rodea y con nosotros mismos.

En el desarrollo evolutivo del ser humano, se establece un espacio intermedio durante el cual se produce lentamente la discriminación entre un primer periodo, sin separación psicológica entre el yo y los objetos y un segundo periodo de separación y adecuación del yo al objeto.

La persona que no logra completar exitosamente esta etapa, tendrá dificultades en lograr sentirse como un todo integrado. Su modo de funcionamiento dependerá de los otros, y por lo tanto, la situación de abandono adquiere alto grado de peligrosidad. El enfermo, cuya conducta se corresponde con las características de esta etapa, intenta poseer un poder propio, ser alguien, a través de su control del cuerpo y el alimento. Las negativas a aceptar sugerencias terapéuticas que intentan un

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

comportamiento alimentario más armonioso, ponen de manifiesto esta situación. Sólo la unión del desintegrado psiquismo de los pacientes, puede permitir el comienzo de un cambio definitivo, de aquí que los rasgos de la personalidad son el aspecto más concreto y más fácilmente relacionado con los desórdenes, ya que un conjunto de rasgos sin flexibilidad, suficientes y duraderos, determinan un desorden particular de la personalidad.

Lograda una cohesión psicológica básica, aún persiste la creencia de que los otros tienen poder sobre el enfermo. El problema central de esta etapa es la regulación de tensiones entre el paciente y los demás, o la búsqueda de situaciones con alto grado de excitación que brindan una «calma» transitoria posterior (atracones, vómitos, sexualidad promiscua, hurtos) como sucede con las personas bulímicas. Las desilusiones que vienen de la falta de poder real sobre sí mismos, provocan vergüenza, aumentando la tensión y las conductas al límite.

El interés por la relación entre personalidad y trastornos alimentarios proviene de distintas fuentes, la primera se relaciona con las dificultades para consensuar los criterios diagnósticos que identifiquen claramente cada una de las patologías. A pesar de que tanto la anorexia nerviosa, como la bulimia nerviosa fueron descritas en el siglo pasado, en los últimos años, con el aumento de la incidencia, han despertado mayor interés. Muchos investigadores han intentado descubrir cuál es el tipo de personalidad que anuncia un TCA, pero hasta el momento no ha sido posible puesto que no hay relación exacta, ya que son múltiples los factores desencadenantes y las diferencias notables entre pacientes, debido fundamentalmente a que la anorexia no es una enfermedad como tal única, que responde a un patrón, sino que existen solamente enfermos independientes y diferentes.

Garner y cols (1980) expusieron una investigación donde se daba una cierta tendencia en la anorexia a la personalidad introvertida e inestable. Otros estudios presentan la tendencia a la ansiedad y a la sensibilidad al castigo. Eysenk (1967) y Tejero (1982) (citados en J.Toro y E.Vilardell, 1989) H. Bruch planteaba, que las anoréxicas son más neuróticas, ansiosas, introvertidas y obsesivas que los controles normales, V. H. Lofrano (1996).

En un intento de clarificar los datos, distintos autores afirman que la inseguridad e inconformidad social, la dependencia y sumisión, la falta de espontaneidad y de autonomía, el descontrol de las emociones y la evitación de los placeres, jugarían un papel importante como rasgos predisponentes, mientras que la introversión, la

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

obsesividad y la depresión, serían sólo consecuencias del trastorno. En general es difícil delimitar los alcances de estos elementos del carácter puesto que en cada paciente pueden desempeñar papeles diferentes. Respecto de la bulimia, se describen dos rasgos de carácter predisponente: baja autoestima e inestabilidad afectiva -que incluye tendencia a la depresión y a la impulsividad- y poca tolerancia a la ansiedad y la frustración.

Siguiendo las descripciones de los distintos desórdenes de la personalidad del DSM-IV (1994) se advierten relaciones de proximidad entre desórdenes de personalidad y las bulimaréxicas y también entre las bulímicas, y entre el desorden compulsivo y la anorexia restrictiva.

Han sido limitados los estudios sobre la relación entre los trastornos psicológicos y los TCA. La mayoría simplemente informa sobre la aparición de problemas psicológicos si están presentes cuando el trastorno de alimentación ha sido diagnosticado. Por método, se ha hablado de generalizaciones a propósito de la personalidad de los enfermos y se ha investigado sobre ello, de modo que los trastornos del comportamiento alimentario, con frecuencia están acompañados por la depresión, trastornos de la ansiedad o ambos, incluyendo desórdenes obsesivo-compulsivos y fobias sociales con temor de ser escrutado y humillado públicamente. Si la depresión, la ansiedad, u otros trastornos son causas o resultados reales de la anorexia, es polémica. En general se intenta relacionar los desórdenes de personalidad con subtipos de patología alimentaria, entendiendo la presencia de un desorden personal sobre el que se instala la alteración de la conducta alimentaria.

#### III.3.2.1.1.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD PERSONAL

Vamos a tratar los aspectos individuales que pueden haber condicionado la existencia de éstos trastornos alimentarios y para empezar leamos la aportación de S.Abraham y D.Llewellyn-Jones (1987) que nos dicen respecto a la anorexia, lo siguiente:

*"Puede que la gente encuentre difícil de creer o comprender porque una persona, supuestamente inteligente, bastante atractiva y con una buena educación familiar, echaría todo a perder por una necesidad-¡no*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*deseo!-obsesivo de ser delgada y ser alabada por su fuerza de voluntad para seguir un régimen con tanto esmero y facilidad”*

Lo que en realidad se esconde detrás de esta cita es que el enfermo no se acepta como persona, y por tanto tiene una baja autoestima, falta de seguridad, deseo de ser demasiado perfeccionista, de tener autoexigencias desmedidas, de preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, de percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, de ser poco habilidoso en las relaciones sociales, este perfil psicológico conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías. El desencadenante real de los TCA, viene a través de la estimación personal de la problemática individual, el psiquismo interior permite la lucha entre el Yo y el Superyo en términos freudianos, que degenera en el convencimiento de la desvalorización personal, la falta de autoestima y la deformación de la percepción de la propia imagen, en estos aspectos es donde se dan las predisposiciones personales en torno a este problema; los rasgos de personalidad, tanto el perfeccionismo inteligente de las enfermas, como la sensibilidad y capacidad de absorción del ambiente exterior, que las hacen extremadamente porosas a todo.

Según W. Vandereycken, et al. (1991), estas jóvenes padecen normalmente el problema de la autonomía y la independencia propia de la vida adulta, problemas interpersonales de relación social, introversión, inseguridad, ansiedad, dificultades para las relaciones heterosexuales, fracaso, descontrol escolar, aunque muchas veces con altos rendimientos (comentario propio), rigidez, compulsividad y extremismo en la evaluación de problemas.

Como resumen y fijándonos más en la población de riesgo que en los enfermos, vamos a sugerir algunas características de personalidad comunes a muchos jóvenes, que parecen ser claves para volverlos vulnerables hacia un TCA:

1-Suelen ser personas con problemas de autonomía: con comentarios como este, "en mi casa se premia el trabajo duro y las buenas notas por encima de los medios necesarios para conseguirlos, yo no puedo ser menos."

Estos jóvenes viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre "adecuado" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

2- Déficit en la autoestima: con ejemplos como este, "dice que fue el novio el que le dijo: si tuvieras dos kilos menos serías preciosa. Y ella se obsesionó porque siempre quería estar espléndida"

Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

3-Camino a la perfección y al autocontrol: un ejemplo, "cuando pierda los kilos que me sobran me sentiré mejor, y luego haré todo lo que ahora me pierdo"

La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes con estas enfermedades. Perfeccionismo propio, tanto a nivel personal y físico como a nivel de actividad, queriendo alcanzar la máxima aceptación y reconocimiento en todas sus empresas.

Para ilustrar lo anterior explicamos como en la tesis de V.E Loureiro (1994), donde se aplicaba el EAT 40 a una población de 3º de BUP, se percibía que las chicas incluso aquellas en índice de Quetelet normal o inferior al normal tenían gran preocupación y nunca se sentían suficientemente delgadas, teniendo este aspecto influencia directa en su estado de ánimo sintiéndose mejor cuando perdían peso.

4.Rendimientos escolares: una frase para ilustrar, "siempre saqué buenas notas, solo me falta perder algo de peso"

Según G.Morandé (1990), esta es una de las patologías que más afecta a niños de altos rendimientos escolares. En su relación con los compañeros suelen ser aceptados y apreciados, principalmente en la infancia para ser desplazados en la adolescencia, debido a su condición o a su aspecto que les avergüenza en el paso a la primera madurez. Niñas/os estudiosas/os, responsables y trabajadores/as en sus actividades. Muchas jóvenes con trastornos de la alimentación, a la hora de elegir, se inclinan por profesiones relacionadas con los alimentos. También se preocupan en cocinar para otros y preparar la mesa; observan lo que comen los demás y ocupan mucho de su tiempo en una meticulosa planificación de sus propias comidas. Generan un ritual alrededor de la alimentación, sólo deben comer algunos alimentos, a temperatura determinada, en ámbitos especialmente elegidos y preferentemente a solas. Es habitual un aumento en el consumo de infusiones y en la necesidad de tener siempre algo en la boca; como chicle o cigarrillos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

### **III.3.2.1.2. ASPECTOS PERSONALES FÍSICOS.**

Los factores individuales físicos, a su vez generan una serie de elementos que complican el modelo.

#### **III.3.2.1.2.1. EL DESARROLLO.**

Estos jóvenes tienen una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, no permiten que las cosas no estén bajo su control y tienen gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" cómo hacer todo bien desde el comienzo. El enorme miedo a madurar, en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta llegar a la juventud; hace que algunos jóvenes sientan que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie les ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento en el peso corporal, para muchas jóvenes este puede ser el factor precipitante, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de haber dejado la infancia. Estas jóvenes a veces están muy estancadas en la niñez y tienen temor a crecer, o bien perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

Siguiendo las teorías de corte freudiano como ya apuntábamos más arriba, en la anorexia según E. de Llanos (1992) se ve,

*“Como una reacción a la transformación del cuerpo infantil en un cuerpo de mujer. La no aceptación de dicho cambio, y por tanto las dificultades en integrar la genitalidad, conduce a la negación de este “medio cuerpo inferior” (vagina y útero, con lo cual la vivencia de la corporalidad queda asentada sobre la dualidad: arriba (boca) vs abajo (genitalidad)”.*

No cabe por menos que hacer algún comentario sobre esta cita donde como de costumbre para los freudianos, todo se reduce a la sexualidad y dentro de ella a la oralidad y genitalidad, como es el caso. La cita resulta curiosa y aunque el fundamento de la misma es real, por eso la hemos reproducido, huelga decir que tales conflictos de la sexualidad donde la boca es signo de la oralidad que está en contraposición con la parte baja o vagina (genitalidad), no es más que buscar una interpretación rebuscada y exagerada a un síntoma de las enfermas que en el miedo a hacerse mayores se niegan a todo por el miedo y desconocimiento que produce inseguridad en sus vidas.



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Intimamente unido al desarrollo físico, como hombres y mujeres, está el tema de los contactos sexuales, los cuales pueden darse como factores predisponentes en dos aspectos, uno en cuanto a que los sujetos hayan tenido una experiencia o contacto sexual traumático y que esto haya podido desencadenar el trastorno, principalmente en los casos de bulimia y otro aspecto es el de la reacción adversa a la sexualidad y a los caracteres sexuales, principalmente en la anorexia. Algunos estudios sugieren que las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos, es más probable que hayan carecido de afecto físico cuando niños, y que entre las mujeres con TCA, hayan sufrido abuso sexual. Las personas con bulimia pueden tener una historia familiar de abuso sexual o de adicción a sustancias tóxicas mayor que personas con anorexia o sin trastornos y en cualquier caso existía una incidencia mayor de abuso en este colectivo enfermo que en la población general, pero es cuestionable que esta cifra sea más alta que en personas con depresión.

### III.3.2.1.2.2 ASPECTOS CIRCUNSTANCIALES

Por otra parte existen factores anecdóticos de importancia relativa, que pueden ser el detonante de un TCA, entre ellos pueden darse multitud de actitudes que son consideradas como factores temporales: experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a personas con poca energía de reacción para afrontar su recién estrenada madurez.

1.La subida de peso en la adolescencia, unida al cambio de las formas femeninas y a los comentarios familiares o de amigos, puede generar un desenlace fatal. Más atípico es la presencia del trastorno por una deformación corporal accidental que hace cuestionarse la propia imagen.

#### 2.Las separaciones o pérdidas de seres queridos, los cambios:

La depresión producida por la pérdida de un padre o madre puede desencadenar un trastorno de este tipo, estando según algunos estudios como los de Beaumot y cols (1978) y Kalucy (1977) en torno al 30 % (citados en J.Toro y E.Vilardell, 1989) Los casos de separación física, también dan cifras al respecto, los intercambios culturales y la residencia o estancias de corto periodo, en otros países, podrían

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

desencadenar la enfermedad, mucho más efectivamente si se une a cualquier desorden familiar o personal del tipo que fuera.

En general los jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que está llena de situaciones bastante cambiantes (cambio de escuela, amigos, etc.) Muchas veces es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar este tipo de enfermedades convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de la autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces hacer dieta y bajar de peso se interpretan como indicadores de autocontrol.

**3. Un fracaso personal o sentimental**, puede considerarse como factor precipitante, el fracaso personal va unido normalmente al desempeño de una actividad donde se había destacado hasta entonces. Por ejemplo la práctica de un deporte, los estudios, las relaciones personales con amigos... La hiperactividad previa, puede ser también otro elemento desencadenante que rige un patrón de conducta previo proclive al exceso de ejercicio, debido a una práctica deportiva o a intensas jornadas de estudios.

El desengaño amoroso en muchas ocasiones crea una frustración y un sentido de culpabilidad que degenera en una autocompensación personal, intentando controlar el cuerpo a falta de poder controlar los sentimientos de otras personas.

### **III.3.2.1.2.3 ASPECTOS GENÉTICOS**

#### **IV.3.2.1.2.3.1. ANTECEDENTES Y PROBLEMAS ALREDEDOR DEL NACIMIENTO.**

En algunas personas con TCA, existe una alta incidencia de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento que puede haber desempeñado una función en el desarrollo posterior de los trastornos de la alimentación. Estos problemas incluyen infecciones, traumas físicos, crisis convulsivas, bajo peso al nacer y una edad materna mayor.

Entre los aspectos personales es fundamental hablar de los físicos, principalmente antes de la aparición de la enfermedad. Para ilustrar este epígrafe, nos remitimos al estudio de G.Morandé (1990) (ver clasificación de los TCA por este médico. Capítulo I) en el mismo se investigaba un grupo de pacientes a lo largo de un periodo extenso de seguimiento; es interesante tener datos sobre las costumbres alimentarias de

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

los niños en su infancia y a propósito de ello se analizarán algunos parámetros determinantes de sus conductas en la adolescencia.

-En la influencia de las alteraciones de la lactancia en los TCA, no existen según este estudio serias diferencias entre los enfermos de anorexia y bulimia, salvo que el subgrupo bulímico no tomó pecho en un 20%, y el grupo anoréxico depresivo lo tomó menos de un mes o no lo tomó en un 40%.

-En cuanto al apetito infantil se destacan los bulímicos como los más voraces y los anoréxicos típicos, los menos voraces.

-Los dos tercios de la muestra presentaban en su infancia algún grado de sobrepeso, sólo un tercio presentaba delgadez o normalidad. Entre los datos más representativos encontramos que el 21% de los pacientes, estaban por encima de su peso antes de presentar el cuadro, el 27% presentan peso mayor a lo debido, el 38% peso adecuado y 9% inferior.

-En cuanto al desarrollo de la mayoría fue normal, presentándose algún caso de retraso o precocidad. En el desarrollo psicomotor era normal en más del 50%, cierta lentitud en anoréxicos depresivos y cierta precocidad en bulímicas y bulimaréxicas. En el desarrollo del lenguaje el porcentaje que abunda en niñas es el desarrollo normal o precoz, a diferencia de los niños donde abunda el desarrollo normal o lento y muy pocos precoces. Este dato fue observado con anterioridad por otros autores como H. Bruch (1973,1978), H.Thomae (1961), G.Schütze (1983), los cuales observaron una inteligencia superior a la media en estos pacientes y una precocidad lingüística demostrable, también una eficiente capacidad de preestructuración, perseverancia y autocrítica y facilidad de comprensión global de figuras geométricas. Los resultados fueron más bajos en la observación, percepción y formación de conceptos.

En los enfermos se ha apreciado una cierta lentitud en el desarrollo psicosexual mucho más avanzado en varones que en mujeres y en general los enfermos parecen anclados a la infancia intentando permanecer en un estado latente, tanto a nivel físico por la desnutrición, como a nivel racional y psicológico.

-Resulta oportuno hacer constar como el lugar de nacimiento entre los hermanos también influye en el desarrollo del trastorno, según G.Schütze citando a Thomae (1961) los hijos únicos suelen ser más inteligentes y llaman más la atención por su egocentrismo, su ambición y autoritarismo, el mayor se distingue por su pasividad y constancia y el mediano por su actividad y ambición. En el estudio de Schütze sobre desarrollo de los TCA en una muestra, sólo el 8% eran hijos únicos, y las estadísticas se

**CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA**

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

**III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.**

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

inclinaban a que la posición más relevante ocupada por los enfermos era la primera o la mediana, este dato se cumple igualmente en la investigación que hemos realizado a la muestra de enfermas del Hospital Niño Jesús de Madrid, ya que la mayoría ocupan el primer y segundo lugar entre los hermanos, este dato sin embargo puede verse falseado debido en la actualidad al descenso de la natalidad, que genera por tanto familias con uno o dos hijos, siendo poco frecuentes las familias numerosas.

**IV.3.2.1.2.3.2. OTROS FACTORES DE TIPO GENÉTICO**

Parece que hay un riesgo hereditario tanto para bulimia como para anorexia. La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cual es el factor heredado que puede causarlo. Algunos creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales, que son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre. Por otra parte, el hecho de tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades, puede ser decisivo. Estos elementos y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso, al cuidado de la imagen y a la apariencia física, deberían tenerse en cuenta.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

### **CUADRO I: VINCULACIONES CON EL MODELO**

Hasta este momento hemos analizado los factores predisponentes de tipo individual, psicológicos y físicos, que pueden hacer que se produzca un TCA, es muy importante por otra parte determinar que ambos pueden generar complejos en los sujetos, pero estos complejos se verán obligatoriamente tamizados por una fuerte preocupación por la imagen y el cuerpo para que puedan ser coadyuvantes de otros elementos que desaten un TCA.

Los complejos psicológicos a través de este filtro de preocupación constante por el físico y la imagen genera unas variaciones en el carácter como ya hemos determinado anteriormente que permiten elaborar una personalidad proclive a un trastorno alimentario.

Los complejos físicos por su parte generan a través de este tamiz que ya hemos sugerido una reacción eminentemente física que es el adelgazamiento inmediato como arma para solucionar los problemas. Por tanto a través de estas dos áreas, la física y la psicológica, hemos sido capaces de determinar dos elementos característicos de estas patologías, las variaciones en el peso y en el carácter que pueden ser causantes.

#### **III.3.2.1.3. ASPECTOS FAMILIARES.**

El otro polo dentro de los factores predisponentes es la familia y dentro de ella son destacables los rasgos familiares. A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. Tanto la paciente como sus padres o hermanos pueden ser considerados alternativamente como los que más sufren o los más responsables de lo que sucede, este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad que con su origen. La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

**III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.**

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

tomar decisiones progresivamente más importantes y por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas. Desde el nacimiento, la familia es la encargada de la educación primaria, es la depositaria del afecto y del desarrollo tanto físico como psicológico de la persona, es la esponja de la que absorben los comportamientos, los modelos y patrones de conducta unas niñas/os especiales por su inteligencia, por su capacidad de despuntar en todo aquello en lo que se proponen, y que debido a la enfermedad entablan una lucha de poder entre sus aspiraciones y su insatisfacción interior que se desvía hacia el arma más a su alcance, la herramienta de su propio cuerpo, que se proponen modificar para ser otros. Es evidente a muchos expertos, que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos, tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos y aunque las madres puedan tener una influencia fuerte en sus hijos, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de anorexia en las niñas, igualmente es muy importante el papel de la familia en la curación del trastorno.

La influencia del ambiente familiar influye decisivamente en la enfermedad sobre todo si esta familia está permanentemente preocupada por la estética, sin embargo el hecho de que en una familia se cuide la alimentación, no influye directamente en la enfermedad aunque sí puede generar conductas de anoréxicos potenciales si la presión es mucha.

La familia debe saber que estos trastornos son conductas que llevan a la autodestrucción, pero que no pueden controlarse y que sus efectos pueden ser para toda la vida y pueden llegar a producir la muerte si no se pone en marcha el tratamiento adecuado. Son enfermedades que pueden curarse con una detección temprana y un adecuado tratamiento. El tratamiento es largo y complejo, se precisan profesionales muy especializados y un gran apoyo por parte de la familia. La clave del éxito terapéutico está en conseguir que el paciente vaya retomando el control de su vida a través de la confianza en sí mismo y siempre apoyado por los suyos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

### **III.3.2.1.3.1. EL PAPEL DE LA FAMILIA**

Es fundamental analizar el papel de la familia como uno de los componentes del microentorno personal de factores influyentes en los TCA. (ver modelo causal)

Hemos sugerido como ésta, es uno de los detonantes claves a la hora de investigar las causas de los TCA, que pueden estar determinadas por factores tan diversos como una separación temporal, un viaje de estudios en el extranjero, unido quizá al alejamiento de una amiga íntima o el comienzo de una nueva etapa escolar. Todo este panorama no tiene una temporalidad definida aunque normalmente se produce en época estival.

En general es importante descubrir como al comienzo de una enfermedad de este tipo existen algunos aspectos familiares que dificultan el reconocimiento del cuadro en su comienzo y enmascara el resultado final. Al principio, el desconocimiento familiar de estas enfermedades, hace que la reacción sea más lenta produciéndose de entrada una aceptación tanto familiar como escolar de la decisión de perder peso por la joven. El rendimiento sigue siendo bueno, la hija se vuelve más estudiosa aún, y completa su formación con otras actividades, despunta entre sus compañeros de clase y los profesores la elogian, este aparente bienestar hace que la familia se sienta tranquila y no descubra la realidad de la enfermedad; por otra parte cuando la familia empieza a conocer la realidad es cuando la enferma deja de comer nutrientes esenciales, cambia de carácter, empieza a ser rechazada por sus amigos, todo esto, unido a un estado físico muy deteriorado, presentan la enfermedad desenmascarada ante todos.

La primera visita al terapeuta no especialista confunde la reacción anoréxica con un cuadro de sobreprotección materna que no hace más que retardar el diagnóstico. Valga ilustrar esto con el comentario realizado por una chica anoréxica a propósito de la primera vez que acudió a la consulta del médico con su madre, la cual presentaba sobrepeso, y que expuso su preocupación al terapeuta ante los síntomas de su hija con un notable descenso de peso; ante lo cual el médico contestó "¡ Márchese a casa!, ¿qué quiere? poner a su hija como usted, es mejor que sea delgada"<sup>30</sup>.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Es por tanto obvio decir, que los padres deben estar pendientes del desarrollo físico de sus hijos con el fin de detectar precozmente estos trastornos nutricionales para intentar su detección precoz. La comunicación entre padres e hijos, la corrección de situaciones de ansiedad y de tensión, la vigilancia en el consumo de dietas exóticas monótonas, el apoyo familiar en las personalidades inseguras, son medidas que aplicadas tempranamente permiten evitar las formas graves que a veces son mucho más difíciles de resolver incluso con tratamientos que requieren hospitalización. En general hasta ahora hemos hablado de la preocupación familiar ante los trastornos de este tipo, aportando algunas de las reacciones familiares, como complacencia y bienestar hasta que la enfermedad se hace más cruda y desenmascarada, pero en general, cuáles son los elementos reales que pueden aparecer con anterioridad a la situación insostenible de los enfermos.

Algunos de los elementos más frecuentes a modo ilustrativo sin perder de vista que cada caso es diferente y desarrolla unas características particulares, pueden ser el divorcio de los padres, la mala relación entre estos, la sobreprotección de los hijos, muerte de un familiar, antecedentes familiares de trastornos de la alimentación, obesidad, alcoholismo y depresión o incluso ser el primero o el último de los hermanos, se han revelado como factores que pueden empujar a un adolescente con predisposición a sufrir un trastorno de alimentación a caer definitivamente en la telaraña de la anorexia o de la bulimia.

*"Mientras que entre las primeras pacientes que ingresamos apenas existían casos en los que los padres estuvieran divorciados, ahora nos encontramos con que la separación de los padres es una característica bastante frecuente en estos enfermos, así como, por ejemplo, vivir excesivamente protegidos" G. Morandé (1990)*

Si estamos investigando la posible causalidad de la familia en los TCA es necesario indagar en los antecedentes psicopatológicos de los familiares. Entre los elementos a tener en cuenta al observar dichos antecedentes está la necesidad de evidenciar los desequilibrios psicológicos de cualquier tipo que puedan existir en la familia, para ilustrar este punto, muchos investigadores se han orientado hacia esta área del trastorno, las patologías psiquiátricas de los familiares directos.

<sup>30</sup> Comentario de conversación particular con afectada.



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

Según G.Morandé (1990) los familiares no han manifestado desórdenes psicológicos graves en su mayoría, por ejemplo; al estudiar al padre en una muestra de enfermos de TCA, no se ha manifestado ningún trastorno en un 60 % de los investigados, el resto; si ha sufrido algún trastorno, ha sido de tipo depresivo, el alcoholismo ha sido efectivo en algunos casos, 16% tendiéndose a la ocultación de este dato. En conclusión, los desórdenes psicológicos paternos o maternos, no son condición indispensable para la aparición de un TCA, si que es verdad que cuando existen otros elementos personales y sociales asociados, la presencia de alteraciones de este tipo, agravan y clarifican el cuadro así como su abordaje terapéutico y su mejor diagnóstico previo.

Siguiendo con el análisis familiar, veremos como la preparación paterna y materna no es tampoco condición indispensable en el desarrollo del trastorno. Según el estudio de G. Morandé (1990), el nivel de preparación de los padres era para la media superior a los estudios primarios y un 34% de los padres además tenían estudios superiores, así como el 14% de las madres, que en un 38,2% son trabajadoras fuera del hogar, dato que señala G. Morandé (1990), como atípico en comparación con la observación de otras familias de pacientes psiquiátricos en donde no se supera el 9% de madres trabajadoras, sea quizá este un elemento importante que demuestra como algunos enfermos tienen la sensación de alejamiento y despreocupación de los padres, así como de descontrol a la hora de las comidas.

A modo de síntesis frente a la influencia de los familiares y su ambiente en los TCA, vamos a referir algunos de los elementos a tener en cuenta como detonantes de estos trastornos:

Concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso, el aspecto. Insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres, el ambiente competitivo y el deseo de agradar.

Casos de anorexia nerviosa en la familia que vendrían a corroborar el concepto de imitación y el de transmisión genética.

Trastornos anímicos en familiares cercanos, que en algunos casos acompañan al cuadro anoréxico.

Contención de los sentimientos especialmente de los negativos, en las familias donde se desaprueba la transmisión espontánea de los sentimientos de angustia, enfado, cólera.

Relación excesivamente estrecha con los padres, que hace a los pacientes muy dependientes de sus familiares directos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Excesivo control de la vida del paciente por sus padres, privándoles en ocasiones del derecho de vivir su propia vida.

Falta de reconocimiento de la persona como un individuo con derecho propio, alabable y juzgable por lo que es y no por sus actos.

Otros problemas familiares, de tensión, disputas, divorcios, que originan familias desestructuradas y en general poco colaboradoras.

### **III.3.2.1.3.2. LA FAMILIA.TIPOS.**

No se puede decir que existe hoy una correlación entre un determinado tipo de familia y los TCA, puesto que la familia en los trastornos de la alimentación suelen presentar una variada gama en su constitución. Como aporta K. Tolstrup (citado en J. de Ajuniaguerra, 1987), no es sin embargo patrimonio exclusivo de la anorexia un tipo de vida familiar catalogado y esquematizado por otros autores, ya que se pueden dar casos de tipología familiar muy diversa en casos típicos de anorexia. Como señala J.Toro (1996), la familia no es un agente directo causante, hay que tener en cuenta el estilo educacional de la familia, la sobreprotección, la posibilidad de otros trastornos de la alimentación en ella, afectivos o de ansiedad, además de percatarse si existen otras patologías concluyentes, y teniendo en cuenta el factor genético predisponente. Por otra parte según G. Morandé (1990) en la muestra aplicada a su estudio de ciento diez casos a lo largo de casi diez años de seguimiento, aparecía un 71,8% de familias de constitución normal, un 13% eran familias donde convivían algún/os familiares, el 2,7% eran familias de convivencia de varias generaciones, y por muerte o separación de algún cónyuge solo existían un 11%, normalmente como era de esperar por la estadística, el desarrollo principal de la enfermedad se da en familias normales, nucleares que además comprenden el estándar de vida normal de nuestro país. Por otra parte abundaban los enfermos que eran hermanos mayores o segundos en torno al 30%-40 %.

Si nos dejamos llevar por la variedad de trastornos, debería haber muchos tipos de familias clasificados como provocadores o en donde se desarrolle el trastorno, sí existe para algunos autores una cierta relación entre trastornos de la unidad familiar y la enfermedad, Selvini Palazzoli (1974) y Minuchin y cols (1975) citado en Vandereyken et al. (1991), aunque no se puede decir que sea un desencadenante único de la enfermedad una separación (en el estudio de G.Morandé, 1990, por ejemplo sólo aparecía un caso de separación)

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Aunque tenemos en cuenta lo dicho anteriormente es cierto que existen algunos rasgos de familias que pueden llegar a producir (y no por ello producen) un trastorno. Como ya hemos visto la escasa comunicación entre sus miembros y la incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan. El hecho de que el crecimiento hace aumentar la preocupación de los padres y los hace estar más pendientes de sus hijos, en algunos casos y casi sin advertirlo hace que los chicos comiencen a sacar provecho de ser el centro de atención y es probable que se desarrollen actitudes caprichosas en relación con la exagerada atención de los padres, que en el caso de un enfermo de TCA lo único que consigue es la obtención de prerrogativas y ventajas para desencadenar su "enfermedad".

Las familias donde la rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares así como la preocupación por la imagen es muy grande, las familias donde existe una fuerte ausencia de límites generacionales (jóvenes con papel de madres o padres) y expectativas demasiado altas, e historias familiares que incluyen depresión, alcoholismo, y abuso sexual o físico, son un caldo de cultivo propicio a los TCA.

En la mayoría de los casos la ignorancia hace a la familia cómplice de la enfermedad puesto que los padres no se imaginan que las garras de una anorexia o bulimia puedan estar acechando a sus maravillosos hijos.

Una madre percatándose del deseo de su hija de adelgazar hablaba así:

*"Atando cabos, creo que los cambios comenzaron cuando ella tenía catorce, un día me dijo que se sentía gordita y yo también la notaba, le sobrarían unos dos o tres kilos, no más. Decidimos ir a una dietista, y para mi asombro, nos dijo que realmente estaba sobrepasada de peso y le dio una dieta muy estricta. Me pareció que para una niña de catorce años era demasiado, pero Luisa salió muy contenta y decidida a hacerla. Ella siempre que se propone algo lo logra. Yo empecé a prepararle la comida de la dieta y ella cumplía al pie de la letra". (Madre de Luisa)<sup>31</sup>*

<sup>31</sup> Conversación mantenida con madre de afectada, en el transcurso de una terapia de familia en ADANER

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetúa sin fin.

Algunos autores han estudiado los tipos de familia más propensos al trastorno y por ejemplo H. Bruch (citado en J. de Ajuniaguerra, 1986) exponía como la madre suele ser obsesiva y perfeccionista, La obesidad materna se ha recogido como posible elemento denominador común en los enfermos donde se presentaba dicha característica porque generalmente la madre ha transmitido genéticamente el sobrepeso, además de constituir para los hijos un antiestético modelo. El padre por su lado a pesar de haber triunfado laboralmente se siente en un segundo plano; ambos en general o alguno en particular, admiran la belleza y las buenas formas, se preocupan de las apariencias, esperando de sus hijos un comportamiento conveniente y un triunfo progresivo. Para Selvini Palazzoli la familia es un todo estructural de interacción patológica que describe como una fijación de la madre a menudo obsesiva, y una relación sadomasoquista entre los padres donde la madre suele ejercer más “bajo mano”. La enferma suele estar aislada del padre acaparada por la atención materna. Por otro lado Selvini Palazzoli parece definir a la familia como no desvinculada de sus lazos familiares originales, creando los mismos lazos con su hijos. Para E y J. Kestenberg (1976) y S.Decobert (citado en J. de Ajuniaguerra, 1986) se produce una cierta maternización del padre, que se organiza como un objeto. El nivel económico social por otra parte ha sido estudiado llegando a la desacertada conclusión de que cuanto mayor bienestar familiar a nivel económico, es más probable un trastorno sin que para ello haya que pertenecer a la clase alta, pudiéndose dar el trastorno en todas las clases sociales.

El hogar ante la enfermedad se organiza con un *modus vivendi* insoportable donde existe un juego de poderes, donde no se sabe quien tiene la culpa y quien empezó el juego si los padres o la niña. La niña que hasta entonces evoluciona bastante bien, obediente, desinteresada, casi siempre admirada, se convierte ahora en agresora.

### **III.3.2.1.3.3. LA MADRE**

Las teorías más antiguas recogen la culpabilidad de un familiar directo relacionado con el desarrollo de la enfermedad que normalmente era la madre. (Sours (1974) y Rampling (1980) (Citado en Vandereyken et al. 1991) y Florez Tascón (1961), en la actualidad no se sigue al pie de la letra dicho argumento apoyándose los nuevos

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

estudios en teorías relacionadas con la posible influencia de los factores biológicos y genéticos, teniendo que ser conscientes de que no es el factor principal desencadenante de un TCA, cualquier disposición a enfermedades psiquiátricas o simplemente diferentes tipos de personalidad que puedan tener los familiares de la enferma, incluida la madre.

Según el estudio realizado por G. Morandé (1990), en el caso de la madre, en torno al 37% había sufrido algún problema de tipo depresivo, no habiendo casos significativos de alcoholismo y no presentando las madres trastornos de la conducta alimentaria, aunque en torno al 40% podían considerarse rellenitas.

Aunque partimos de la base que la madre no es por sí sola culpable de las enfermedades de sus hijos, podemos decir en cuanto a la descripción psicológica de la madre, dentro de un cuadro de TCA, que estas no se sienten satisfechas con su papel de madres, se han visto abandonadas en la crianza de sus hijos, inseguras y transmitiendo a éstos esta actitud, no estando en la mayoría de los casos apoyadas por sus maridos, esta opinión es compartida por J. de Ajuniaguerra (1986), quien explica como la figura materna es la de una mujer que a veces incluso ha triunfado en la vida, trabajando en profesiones liberales, frustrada en sus aspiraciones pero concienzuda en la figura de ejercer como madre, en muchos casos subyugadas ante sus cónyuges.

Las madres se sienten ante la enfermedad, atacadas desde varios frentes: la hija que la acusa de agobiarla, síndrome de la tiranía afectiva que genera la sobreprotección de la madre sobre la hija, Florez Tascón (1961), el padre que la acusa de no cumplir con su obligación de madre, los hijos que tienen celos de la enferma. Entre otros ataques personales de sentirse depresiva y fracasada en su papel de madre y en su papel de pareja que empieza a hacer agua porque se agudizan los problemas; según G. Morandé (1990), la enferma puede ser la destrucción de la familia o también “la salvadora de la familia”, porque ésta se organiza para atender a la enferma, volcándose en la curación.

Según Chernin (citado en A.Guillemot, 1994), las anoréxicas lo rechazan todo con el propósito de buscar su propia identidad personal, en este momento el papel de la madre sale a la palestra puesto que ésta normalmente intenta construir un plan de vida para su hija en la mayoría de los casos sin intención de anularla, pero sí de salvar los caminos por los que quiere discurrir, algunos comentarios de anoréxicas reflejan su malestar ante la labor que las madres realizan con ellas, creyendo que éstas intentan transformar su porvenir a conveniencia y responden rebeldes ante ellas, “yo no quiero

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

ser como mi madre”, en muchos casos el rechazo materno no es hacia su persona sino ante el papel que esta encarna en la sociedad y en la familia, la anoréxica se niega a seguir su ejemplo. Su rechazo a comer como dice Chernin es un rechazo a volverse como su madre en esta sociedad, y para ello usa la herramienta que le brinda la cultura imperante, la del adelgazamiento extremo, porque el control de su cuerpo es la única manera de vencer.

Para Orbach (1986), la relación madre-hija ha experimentado profundas modificaciones. La madre se siente obligada a inculcar a su hija los valores tradicionales, dividida entre el papel de madre y esposa y el de sus propias aspiraciones. Por otro lado, la familia ha elaborado el concepto de inferioridad de la madre, la madre educadora principal es la encargada de encaminar al niño en la vida, por un lado le enseña las limitaciones con las que se encontrará y por otro les preparará para desempeñar un buen papel profesional, querrá que estudie que sea alguien en la vida, esta ambivalencia genera en los hijos un conflicto entre el ser un adulto convencional, adaptado y no realizado en la mayoría de los casos y el hecho de poder luchar por las ambiciones personales, y por esto se generará el conflicto entre la independencia y la protección, permitiendo la formación de una personalidad deficiente que unida a otros factores precipitantes pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

La llegada a la adolescencia, supone un trauma para la joven y para la madre puesto que esta se preocupa del desarrollo de su hija e intenta reconducirla sin hablar del tema con ella, la cual encontrará en las amigas y en otras informaciones, las respuestas personales a sus cambios y de alguna manera intentará influir sobre ellos, como por ejemplo en el caso del peso, el cual se modifica de manera anómala; si a esto se une que a veces la madre ha estado preocupada por su peso y su estética, de alguna manera influye en sus hijos con estas conductas, si además siempre ha controlado su alimentación, alimenta el hecho de que la enferma se revele ante la presión ejercida sin demostrar de manera lógica sus conductas, sino en forma de rebeldía sumisa ante su madre, que sin quererlo ha transmitido a su hija la falta de confianza.

#### **III.3.2.1.3.4. LAS RELACIONES PADRES-HIJOS**

Es suficientemente clara la importancia de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria, tanto en la anorexia como en la bulimia. Muchos han sido los

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

estudiosos del tema y muchos los resultados, unos demuestran las deficientes relaciones familiares de confianza como, W. Vandereycken, otros se centran en las diferentes variedades de trastornos y ven las similitudes familiares, entre anoréxicas, bulímicas, bulímicas en peso normal o normopeso, comedoras compulsivas..., otros en la posibilidad de que este sea un trastorno hereditario, o incluso de mayor incidencia en familias con antecedentes obesos.

La familia es el engranaje del comienzo de la patología, además es el escenario donde con mayor asiduidad se desarrollan los hechos, y es el mejor elemento si se sabe gestionar bien su ayuda, para caminar hacia la curación de los enfermos. Autores como G.Schütze (1983) otorgan una gran importancia al factor familiar, que unido al desarrollo psicosexual de los pacientes parecen ser generadores de un sustrato, el cual solo espera una "experiencia clave" para detonar.

En ocasiones la imposibilidad de expresar su angustia genera en los pacientes una válvula de escape familiar, porque aquí los enfermos se sienten aceptados y dueños del trato condescendiente de sus padres. Las reacciones son agresivas hacia sus padres y hermanos intentando demostrar su poder generado a través de la fuerza interior que les produce el autocontrol aparente de su adelgazamiento. En la bulimia generalmente estas reacciones adversas graves terminan en atracones que alivian la tensión y generan un estado de tranquilidad aparente.

Para mejor clarificar la notable influencia de la familia en los TCA, deberíamos analizar las relaciones de los enfermos con sus padres. El padre, en la mayoría de los casos se presenta como la persona que mantiene una relación filial muy buena en la infancia con sus hijos y que se distanciaba en la adolescencia para volverse más controlador e intrusivo con sus hijas/os, y que por este motivo camina en estos momentos de la vida de estos jóvenes hacia una comunicación verbal menos fluida. En los casos de TCA según el análisis de 1990 del doctor G.Morandé, las relaciones de las/os pacientes con los padres eran en la mayoría normales pero escasas, las que peor han evaluado esta relación son las bulímicas. La bulimia se desarrolla normalmente en soledad puesto que esta esconde sus síntomas ante los suyos, y los infravalora, la familia percibirá más que las alteraciones físicas, más notables en la anorexia. Suelen tener una edad mayor al promedio de enfermas de anorexia, por lo que incluso pueden solicitar ayuda sin que sus familiares se enteren. V.Turón-Gil (1997) Normalmente en las bulímicas se produce una reacción más fuerte hacia su padre, unido a un mal entendimiento entre el matrimonio. Como explica G. Schütze (1983), las relaciones

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

padres hijos están marcadas por el signo sexual del padre varón y la hija mujer, en su crecimiento y desarrollo, el padre y las demás figuras masculinas de la casa, pueden dar su respuesta a los cambios físicos sexuales de la hija, que en condiciones normales no pasa de ser un halago, o un juego de coqueteo inocente entre hombres y mujeres que en ocasiones, si la chica presenta riesgo de un TCA puede convertirse en aversión total y en distanciamiento manifiesto hacia la figura del padre. Podemos unir a esta reacción la presencia en ocasiones de abusos sexuales, que por supuesto generan una contrariedad aún más peligrosa.

Para ilustrar lo anterior remitimos algunos datos de G. Schütze (1983) a propósito de las relaciones paterno-filiares, en sus estudios descubrió un 22% de las pacientes que presentaban un claro rechazo paterno. Es de destacar que las actitudes contrarias a los padres chocan con el carácter inhibido de los anoréxicos. Por el rechazo paterno en ocasiones se origina una unión fuerte hacia la madre, basada en mayoría en una actitud infantil, que parece encontrar en su madre la figura protectora.

Como ya hemos explicado anteriormente es necesario descartar la absoluta culpabilidad que en muchos casos se dirige hacia la madre, puesto que aunque a veces la relación madre-hija sea detonante de la patología de TCA, existen otros elementos relacionados directamente con la presentación del cuadro de igual o más importancia. En los pacientes de TCA, es normal ver como estos demuestran una actitud ambivalente frente a sus madres, por una parte experimentan un rechazo claro hacia su interés por alimentar, especialmente al enfermo de anorexia, y por otro aparece un vínculo afectivo y de culpabilidad hacia esta figura materna, unido al esfuerzo de ella por no perder el papel de figura protectora. La madre apenas podrá prescindir de su hija, en especial si no han superado ellas mismas sus propios conflictos de distanciamiento familiar o conyugal.

También se han encontrado algunas alteraciones en las madres de bulímicas, referidas al peso y la imagen corporal, más acusadas que en los grupos de control de las investigaciones realizadas, y también se sentían como sus hijas, más insatisfechas respecto al grado de cohesión familiar e incluso presentaban respecto de ellas, una valoración en algunos casos incluso por debajo de la que las propias enfermas se habían hecho de sí mismas. V.Turón Gil (1997) por tanto la influencia anómala de los padres se acentuará más cuanto más desequilibrada esté esta situación.

Según G.Morandé (1990), las madres de enfermos de TCA, en relación al trato con sus hijos presentan los siguientes datos. El porcentaje medio está en torno a



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

las buenas relaciones (comenta el autor que son estas quienes han contestado las preguntas, por lo que puede estar sesgado el dato). En cualquier caso las relaciones de los padres con los hijos enfermos no son del todo malas; teniendo en cuenta una de las características de la anoréxica prototipo, chica/o inteligente y sin problemas aparentes para sus padres, decir como comentario, que en estos casos los padres han confesado que esperaban tener más problemas con otro de sus hijos que con el enfermo, sobre todo a nivel escolar y de responsabilidad. Con los hermanos la media mantiene relaciones normales o escasas y malas, siendo el porcentaje de buenas relaciones no muy alto.

Aunque el tratamiento de los TCA, no es el objeto de la investigación que proponemos, cabe comentar como hoy las familias se integran activamente en el desarrollo de la evolución satisfactoria de la hija y en las fases del tratamiento. J.Toro (1985), W. Vandereycken (1991), G. Morandé (1990), V. Turón Gil (1997)

Según recoge W.Vandereyken et al.(1991), antes de 1970 la teoría de la curación se basaba en el alejamiento familiar, F.J.Florez Tascón (1961), superada y comentada por las dos corrientes posteriores a los setenta, donde la anorexia y bulimia, son unos trastornos no individuales sino familiares.

La Escuela de Milán (Selvini Palazzoli) y Escuela de Filadelfia (Minuchin).

Para los primeros se origina una disfunción conyugal en la que se produce el rechazo de los otros y el desplazamiento y la rigidez.

Para los segundos se genera una relación de implicación interpersonal del paciente en los problemas conyugales.

Una vez que la familia se hace partícipe hay que valorar los diferentes aspectos del trastorno, e intentar que se acepte la problemática, y se alíe en la curación evitando todo aquello que de alguna manera provoca las crisis o las facilita, concretando claramente los objetivos a conseguir. W.Vandereycken (1991)

En ocasiones el tratamiento se reglamenta a tres bandas, entre la paciente, la familia, y el terapeuta. La enferma será responsabilidad del terapeuta en relación a su salud y constantes físicas, pero la familia pondrá sus pautas de vida social en común con la enferma para no afectar a la marcha de la vida social y familiar de los otros miembros,

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO.

por ejemplo se acordará cerrar la llave en la cocina, o limitar las áreas en común, el baño, el salón, si la enfermedad así lo exige. V.Turón Gil (1997)

Por otra parte también existen datos, G. Morandé (1990) de cómo las enfermedades del trastorno del comportamiento alimentario han influido en las desavenencias familiares como causantes de estas. En torno a un 60% de la muestra así lo opinaba, y el otro 20%, consideraba las desavenencias fruto de los propios problemas conyugales o de otra índole, aunque existe un porcentaje real muy bajo en donde los desajustes han sido exclusivamente por la enfermedad, podemos decir al respecto corroborando al Dr. Morandé que la anorexia puede alterar gravemente la marcha de estas familias en la mayoría de los casos tendentes a la normalidad antes del trastorno. Por otro lado es mucho más corriente que las familias se crean que sus desajustes familiares han sido los provocadores de la enfermedad.

### **III.3.2.1.3.5. LA REACCIÓN FAMILIAR ADECUADA**

Para la curación de los pacientes, si hemos analizado la influencia de los familiares en el trastorno, llegando a la conclusión de la importancia que tiene para los distintos autores dicha relación, la familia debe implicarse en la curación con todas sus fuerzas.

El apoyo familiar a los pacientes está relacionado con las diferentes áreas de la enfermedad, y el momento en el que se encuentre. También la relación de alianza entre la familia y los terapeutas debe ser puesta de relieve por su importancia, haciendo de este modo un triángulo de ayuda para sacar al enfermo de su agujero, cuyos vértices son como ya hemos intuido, la familia, el terapeuta y el paciente.

El primer nivel de ayuda al entrar en contacto con la enfermedad es según W.Vandereyken (1991) el de **identificación**: este nivel es difícil de abordar desde el punto de vista del enfermo que no reconoce su enfermedad y desde el punto de vista de la familia que puede reaccionar de diversas formas: algunos piensan que esto no puede pasarles a ellos, o creen que se trata de un problema solamente físico, otros intentan solucionarlo por sí mismos, algunos reconocen la gravedad del asunto pero toman una actitud de espera ante la posible reacción.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA.

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL.

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

La segunda área es **la información**, tanto al enfermo como a la familia donde el paciente descubre los riesgos para su salud y pacta un acuerdo con su médico. La información a la familia, que en esta fase se sentirá desplazada por el protagonismo médico y tendrá que ser consciente de que este problema no es una patología familiar.

La tercera etapa se centra en **la intervención** de la familia lejos del control de las comidas y el acoso constante al paciente, deben aprender a ayudar a su hija haciendo lo contrario de lo que ellos creen mejor para ella, orientados siempre por el consejo médico. El conjunto familiar debe evaluar objetivamente el contexto familiar, **observando**, después **asegurándose** de los comportamientos y reacciones del paciente e **interpretando** los mismos desde fuera, premiando lo bueno a través del **reforzamiento positivo y negociando**. La familia debe igualmente potenciar las relaciones sociales de su hija.

### **III.3.2.1.3.6 EL CONTAGIO POR LA IMITACIÓN**

Como cualquier epidemia que por grave además es contagiosa, la anorexia y bulimia cuentan con unos recursos de propagación, y una población muy vulnerable a estos malos contagios. Los TCA son enfermedades psíquicas a pesar de lo cual se contagian, debiendo cuidar los núcleos más propensos como los colegios, equipos deportivos, grupos de amigos y la familia.

La anorexia es una enfermedad que se extiende por imitación por lo que en la sociedad hay que tener cuidado en detectar tempranamente esta patología con el fin de evitarla en la familia, colegios o grupos colectivos. La envidia, la obsesión por imitar a la persona enferma que en la primera fase de la enfermedad aparece rodeada de un halo de triunfo especial, pero que una vez que la enfermedad le va venciendo, esta capa impenetrable de fortaleza, autocontrol y triunfo, se regenera en aislamiento social, que es uno de los aspectos más duros de equilibrar en la recuperación. G. Morandé (1990) Lo más importante es descubrir cómo la competitividad desencadena el llamado "efecto dominó": a medida que una niña adelgaza y se va sintiendo mejor físicamente, consigue la admiración y envidia de su grupo y familia, esto provoca que las amigas quieran parecerse a ella y también terminen enfermando. La imitación también es posible entre los hermanos, cuyo contagio se está extendiendo como una verdadera epidemia.

**CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA**

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

**III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.**

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Muchos autores se cuestionan el carácter epidémico de esta enfermedad, otros no tienen ninguna duda al respecto. Lo que nadie cuestiona es el fuerte y progresivo aumento que se da en las sociedades industrializadas entre las que los TCA se extienden por minutos como demuestran algunos estudios clásicos (citados en Guillemot, 1994) como los elaborados por Theander en Suecia entre 1950 y 1960, donde la progresión aumentó del 0.25% al 0.45%, igualmente Kendal (1973); Jones (1980), Smukler (1986); Grossmann (1983), mantienen la idea del incremento. La epidemia es realmente efectiva en occidente donde la cultura de las nuevas tendencias sociales se ha hecho inseparable de estas patologías.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**CUADRO II: VINCULACIONES CON EL MODELO**

Acabamos de analizar las relaciones existentes entre los aspectos familiares y los TCA, estos aspectos son la segunda rama del modelo dentro de los factores predisponentes junto con los aspectos individuales, ya tratados. Las dos ramas componen a su vez los elementos del microcontexto de los enfermos.

Como resumen, hemos de hacer hincapié en que los factores familiares muy directamente relacionados con el resto, generan o pueden generar, una fuerte presión sobre los adolescentes, a través de la educación familiar, con sus pautas y reglas, a través de las presiones respecto de los padres hacia los hijos, y a través de las costumbres y tendencias de comportamiento familiares, que como el resto de los factores influyentes, si además existe una preocupación estética, desata una serie de comportamientos directamente relacionados con las relaciones maternofiliares, con el tema de las comidas y con el trato familiar en general, que no son más que la antesala de que se genere un TCA.

**III. 3.3.FACTORES DE MACROENTORNO**

El otro gran pilar de inadaptación en la vida personal de estos enfermos, es la sociedad y la cultura, que conforman los factores precipitantes en nuestro modelo y que aparecen formando parte de nuestro macrocontexto general. A continuación vamos a tratar de explicar los elementos que lo componen pormenorizadamente para determinar el alcance teórico de los mismos dentro de las causas de los TCA, en nuestro modelo.

Los adolescentes de hoy, se ubican dentro de una sociedad donde les ha tocado nacer, una cultura enmarcada en el macrocontexto social que está determinado por la moda, las exigencias sociales, la publicidad, la información, las relaciones de amistad y heterosexuales, entre otros elementos que conforman nuestra cultura. Hacemos hincapié en estos elementos porque estimamos que son los que influyen en los microcontextos sociales, conformados por las personas y a través de los cuales todos

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

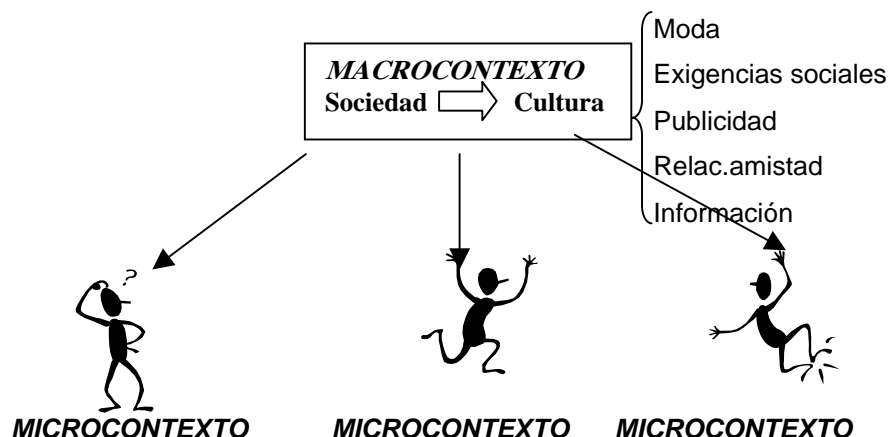
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

aquellos que deseen adaptarse, lo harán para responder a este patrón de conducta al que todos quieren pertenecer y poder así triunfar en el macrocontexto.



Fuente: elaboración propia.

Según el dibujo no influyen los factores sociales por sí mismos en los sujetos de la misma manera para todos, sino a través de sus microcontextos individuales, conformados por aspectos personales y familiares, lo que hace que dependiendo de como sea el ambiente interior, los sujetos desarrollarán una u otra actitud de comportamiento en sus vidas, y algunos enfermarán de TCA.

### III.3.3.1. LOS FACTORES PRECIPITANTES.

Dentro de estos elementos del macrocontexto existe a nivel social y cultural, unas áreas de actuación de enorme importancia a la hora de encontrar elementos que puedan influir en nuestro desarrollo de las causas de los TCA. Estas áreas, son según nuestro criterio y primera aproximación a estos trastornos las siguientes: la información, que llega a los adolescentes por medio de revistas, programas, folletos..., la moda de la ropa y el vestir, las exigencias profesionales, escolares..., las amistades y relaciones heterosexuales y la publicidad.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.1. LA GENERALIDAD DE LOS FACTORES SOCIALES**

Entre los factores desencadenantes de los TCA que hace treinta años eran escasos, surge una explosión en los setenta, donde se hablaba ya de la idea de la delgadez, de la aceptación social, principalmente en las clases altas donde el deseo de mantener el nivel permitía dedicación a los cuidados del cuerpo, por otra parte la adolescencia se vuelve rebelde y no quiere crecer, permaneciendo en su escalón donde goza de privilegios que están convencidos que perderán en su salto a la edad adulta.

*“¿Son nuestros pacientes anoréxicos, enfermos de una cultura narcisista?, en nuestra opinión, enferman por tratarse de acercarse a ella y quizás por ser los menos preparados para ella” G. Morandé (1990)*

La adaptación social de estos enfermos de TCA, va desde ser muy buena a normal y pobre en porcentajes equivalentes, según G. Morandé (1990), el 38% de la muestra tienen buena adaptación social, el 23% se adaptan con dificultades y los de adaptación pobre son un 24%, debido a que aquellos pobremente adaptados, tienden a ser más maduros que lo que su edad les permite al menos en apariencia, porque la realidad es que se mantienen en un estado de infantilismo latente que no evoluciona con su cuerpo.

Las relaciones sociales de estos jóvenes están directamente relacionados con la tendencia a la multiactividad de los adolescentes y que se refleja también en este estudio de G. Morandé (1990), cuando se analiza el uso que hacen los enfermos del tiempo libre. El porcentaje medio ocupa un nivel correcto para su edad pero también es preocupante el 20% de enfermos con un aprovechamiento escaso de éste, por estar sometidos al control de atender a multitud de tareas extraescolares.

Otros elementos sociales relacionados con los desencadenantes posibles de los TCA, son un cúmulo de factores que dependen de la trayectoria seguida por cada uno de los pacientes. En el estudio de G. Morandé, (1990), vistos los datos, prima la importancia de las causas de tipo, no-aceptación de la sexualidad y la obesidad, seguido de las discusiones familiares con 25,5% y otras como separación familiar 17%, cambio de colegio o domicilio, 11,8%, también se presentan otros factores como pérdida de una especial amistad, contagio, de enorme importancia en estos momentos por la progresión en aumento de este tipo de casos, agresión sexual, enfermedad previa, otros.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Comentemos como no aparece en ningún caso el factor sociocultural y la presión de los patrones culturales en cualquiera de sus manifestaciones, publicidad, moda, hay que decir que no es que no se contemplen sino que su función es más bien de apoyo al trastorno producido normalmente por varias causas de incidencia más directa en los enfermos. Este comentario nos ayuda a marcar la diferencia de como se trata este asunto en los distintos estudios serios y en otros estudios y artículos de revistas no especializadas en donde se descarga más en los aspectos como la moda, la publicidad, ya que resultan mas atractivos.

Cuando decimos que la sociedad es sustrato de las enfermedades de la conducta alimentaria, es de soluciones simplistas echarle toda la culpa a ésta como causante de la enfermedad, por otra parte ya hemos hablado del entorno multifactorial que rodea a estas enfermedades. La importancia de la sociedad con relación a los trastornos es mucha, unida a la capacidad de los anoréxicos y bulímicos de convertir en excusa de su enfermedad el hecho de vivir en un determinado entorno. Por esto es importante hacer notar que en el desarrollo de la patología la tendencia de las enfermas a mantenerse delgadas viene dada por el ambiente en el que tienen que convivir con esos kilos de más, que por otra parte, los terapeutas les obligan a tener, este temor hace al paciente mantenerse en la lucha por tener su bajo peso, y esto se convertirá en el deseo y objeto de su vida.

Uno de los síntomas de los TCA es la distorsión de la imagen, sobre esto diremos que el desfase ocasionado entre la imagen real y la ideal, se hace más fuerte si la presión social se acentúa, para estos enfermos; en estos casos, lo que sucede es que la enferma se siente obligada a engordar por su salud pero se dispone a vivir en la misma zona y entorno que le obligó a adelgazar, y que supone superar el trauma de tirar por la borda el esfuerzo realizado para conseguir un cuerpo con el que sentirse más aceptado personal y socialmente.

En general y no ya parcelando por zonas nuestra geografía, hemos de decir que la opinión publica se vuelca a favor de la delgadez, un ejemplo de este estado de opinión es el programa de "Moros y Cristianos" del 29 de noviembre de 1997, en el que ante la pregunta ¿hay que sacrificarse para estar delgados? los resultados por encuesta telefónica de los españoles que llamaron fueron los siguientes:



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En la postura a favor, que recogía las opiniones del "sí hay que sacrificarse para estar delgados", y cuyo bando estaba liderado por Rocío Carrasco, suponía el 57,2% de las llamadas, mientras que en la postura contraria del "no hay que sacrificarse para estar delgados" liderada por Tete Delgado, las llamadas suponían el 42,8 % del total.

Sirvan pues estos datos para dos fines, el primero ver como ya desde hace unos años, los temas del culto al cuerpo son objeto de programas de televisión de altas audiencias, y por tanto son reconocidos como de interés para la mayoría. En segundo lugar sirve para ejemplificar como la opinión popular se inclina hacia opiniones perjudiciales en cuanto a temas de importancia del físico y de la imagen unidos al sacrificio que conllevan estas actitudes.

Todo esto nos lleva a delimitar el alcance del concepto de la autoinanición en pacientes enfermos de TCA. La restricción alimentaria ha sido observada en muchas culturas y a través de la historia, así como el exceso desmesurado de ingesta de alimentos, y es evidente que médicos y psiquiatras occidentales no deben limitar sus pensamientos sobre los motivos psicológicos de la anorexia a un simple miedo de aumentar de peso. La cuestión puede cursar mucho más profunda por los vericuetos de la personalidad de los enfermos. Sin embargo, las presiones socioculturales occidentales sin duda desempeñan una función principal en el desencadenamiento de muchos casos tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Si incluimos por caso contrario, a los comedores compulsivos como objeto de trastornos de la conducta alimentaria, se vuelve indiscutible que el comportamiento insalubre del comer alimentos de mala calidad, es epidémico, sobre todo en los Estados Unidos, donde la población de obesos rebosa cualquier límite, y donde los comportamientos de este tipo están muy arraigados en la idiosincrasia de este adelantado país.

La moda, la publicidad, la exigencia social profesional, la información, los amigos y las relaciones heterosexuales. Todos estos aspectos tienen una importancia fundamental y de alguna manera influyen o pueden influir positiva o negativamente en la propia vida.

Analizaremos someramente, en primer lugar todos estos elementos, aunque después desarrollaremos ampliamente aquellos que consideramos de una influencia mayor en las decisiones estéticas y sociales que pueden ayudar a generar y en qué medida un TCA; como son: la información que reciben los jóvenes, y que nos

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

proporciona datos de interés a cerca de sus preferencias y sus intereses, así como de los tipos de estímulos que reciben y las noticias que consumen. Dedicaremos ampliamente espacio al análisis del fenómeno de la moda hoy en día, como influye social y estéticamente en el patrón de conducta social y como influye en las decisiones estéticas del cuerpo, para pasar a analizar la publicidad de los medios de comunicación, su simbolismo, su alcance y significación en el contexto social o macrocontexto.

En nuestra investigación posterior, tendremos en cuenta cual de los elementos de ambos contextos macrocontextos y microcontextos, sociales y personales, influyen en el desencadenamiento de un TCA, para ver cual es el alcance de los fenómenos sociales propiamente dichos como la moda y la información y principalmente la publicidad.

### **III.3.3.1.2. LAS EXIGENCIAS PROFESIONALES**

Vamos pues a empezar por este elemento de nuestro contexto muy influyente en el deseo de estar delgados, pero que se aleja de nuestro público objetivo debido a que estos jóvenes, en los que hemos basado nuestra investigación, aun no trabajan por su escasa edad, por otra parte lo incluimos a nivel general, ya que como hemos advertido, en varias ocasiones es muy importante el hecho de la propagación de los TCA a edades menores de las normalmente establecidas, doce a dieciocho años, y también por encima de esta horquilla presentándose casos en poblaciones de dieciocho a veinticinco años, cada vez más e incluso mayores.

Dentro de este punto queremos señalar la realidad de la presión social, que se ejerce sobre el aspecto corporal a la hora de acceder al mundo laboral o profesional donde la presencia exterior aunque así se niegue es fundamental y también para escalar dentro de esta área. En algunos trabajos ya desde el propio anuncio del mismo se dice claramente “se exige buena presencia”, en otros casos más subjetivamente no se especifica aunque en la mente del entrevistador esté siempre presente esta cuestión que sin querer aunque no siempre determinante es decisiva en muchos casos.

Por otro lado está el aspecto de mujer delgada igual a mujer triunfadora como negadora de su condición femenina en beneficio de su figura estética que es símbolo de su autocontrol corporal, que lucha contra sus instintos, dedicada a su trabajo a sus exigencias laborales para conseguir aquello que se propone.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

La obesidad es un símbolo de dejadez de hastío y aburrimiento de poco interés luchador, y de despreocupación que sin querer es trasladada a su ámbito laboral, aunque la correlación no es real puesto que no están vinculados la eficiencia profesional y la gordura corporal.

*“Ser obeso se sitúa en nuestro inconsciente colectivo de forma negativa. Tener en cuenta la presión que ejercen nuestros cánones estéticos preestablecidos, y la discriminación que supone en este aspecto no ajustarse a ellos”. E. de Llanos (1992)*

En los puestos intermedios dentro de la categoría profesional a la que puede acceder una persona, la mayoría de lo ejecutivos/as y hombres de negocios suelen estar preocupados por su imagen exterior y no son obesos en la mayor parte, por otro lado cuando se asciende en la escala laboral, los jefes o altos cargos masculinos se permiten el lujo sin que esté mal visto de engordar unos kilos de más, puesto que ya han alcanzado sus objetivos en la vida y la popular “curva de la felicidad”, reclama sus propios derechos dentro de un cuerpo que ya se ha realizado profesionalmente.

La citada curva es símbolo masculino porque la mujer tiende a engordar casi uniformemente mientras que el hombre tiende a depositar la grasa en el vientre lo que hace pronunciar la barriga. En nuestra opinión, la “curva de la felicidad” no es sino propia de los varones puesto que la mujer se mantiene más tiempo en forma, como corrobora A. de Miguel (1997), lo que destaca que en el periodo de esplendor femenino, la mujer está más presionada que el hombre, alejándose de dicha presión una vez alcanzada la edad de oro.

Según Marañón citado por A. de Miguel (1997) *“La “curva de la felicidad” que se deja notar con la cuarentena tanto en mujeres como varones. No es propiamente una manifestación de la tranquilidad y buenos alimentos, como suele decirse, sino una consecuencia de las hormonas sexuales”*

En otro aspecto, además de que el descenso de hormonas interfiera en el desarrollo de la grasa localizada, también es verdad que la posición económica estable y la realización de metas profesionales produce en el hombre una tranquilidad y un abandono a los buenos placeres del comer y beber.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Sin embargo en el aspecto femenino, estamos ante otra diferencia notable respecto al sexo contrario, la mujer no tiene fácil la escalada a los grandes puestos, permanece más tiempo que el hombre en esa lucha de poder con su propio cuerpo mientras se realiza profesionalmente como persona, pero la enorme injusticia se advierte cuando una vez conseguido el alto cargo, la mujer no se puede permitir el lujo de abandonarse y satisfacer libremente su apetito, como si de ello dependiera la valoración que los otros han tenido a la hora de apoyarla en su subida hacia los altos escalones de la categoría, en este punto cabe cuestionarse, que ha sido lo que mantiene la confianza en la capacidad profesional de esa mujer, por su puesto, la inteligencia que íntimamente unida a la presencia exterior parecen no poder diferenciarse y el descuido en uno de los dos aspectos revierte seriamente en el otro.

Como dice E. de Llanos (1992) *“La mujer ha encarnado siempre los aspectos más corporales, mientras que al hombre se le ha valorado su inteligencia, su decisión como agente promotor de la evolución social”*.

La presión laboral no sólo social, es desencadenante perfecto de la falta de autoestima, reproducimos un testimonio recogido por S. Abraham (1994), a propósito de una enferma de TCA,

*“Si quería conseguir un trabajo cuando dejara la escuela, creía que debía pesar 3 kilos menos. Todas mis amigas estaban siguiendo un régimen pero mi madre no me dejaba. Decía que era la gordura de los adolescentes y desaparecía. Yo sabía que no lo haría así que tuve que fingir que no tenía hambre porque quería estar delgada”*.

Apoyando el escalofriante testimonio de la joven anterior por su contenido y haciéndonos responsables de unas exigencias estéticas necesarias para poder tener una vida plena reproducimos el siguiente texto.

*“La cosa puede llegar a ser más grave. Partimos del supuesto de que el cuerpo es fundamentalmente una constitución. Se puede cuidar, más no alterar. Si se exige hasta el límite la “presencia física”, en el sentido de una estilizada silueta juvenil, ¿no estaremos ante una forma de malvado racismo? En efecto, eso es lo que ocurre cuando se exige una determinada edad para ciertos trabajos, y no tanto una edad física como aparente. Lo*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*que es dado por la naturaleza y no se puede cambiar sin grandes traumas no debe ser exigible como mérito. Ni tampoco debe ser un desmérito, si no se consigue alterar esa circunstancia corporal” A. de Miguel (1997)*

Siguiendo la tendencia anterior vemos como la tiranía ejercida en la antigüedad hacia la discriminación era de tipo sexual, la clase social, la raza, hoy en día la tiranía se ejerce en cuanto al aspecto físico, porque en gran medida las otras se han suavizado bastante, la tendencia actual es a estimar la belleza por encima de todo como si esta tuviera un poder mágico que hará triunfar, la belleza se ha convertido en una de las más importantes señas de identidad, que permite triunfar en el mundo laboral, y que aunque el individuo consiga sus logros profesionales por sus recursos personales, el símbolo básico o credencial de sus recursos personales será siempre su apariencia exterior.

Unido a lo anterior destacamos como A. de Miguel expone la real diferencia entre la influencia de lo físico en lo psíquico.

*“ Es un lugar común la creencia de que el físico determina lo psíquico. Más difícil es demostrarlo”. A. de Miguel (1997)*

Por otro lado se puede decir que lo psíquico, sí influye sobre lo físico puesto que el 80% de las enfermedades no son sólo somáticas<sup>32</sup> y se desarrollan por la presión psicológica, como el caso de los TCA. Por otra parte la actual cultura del "cuerpocentrismo", ha desbancado al "antropocentrismo" renacentista, que estipulaba al hombre como centro del universo, e incluso al "egocentrismo" como la manifestación más clara del amor a uno mismo en sus vertientes de cuerpo y alma, el nuevo término que nos permitimos acuñar, ha eliminado el alma para quedarse con el cuerpo, como objeto primordial y exclusivo, toda esta nueva concepción ha desencadenado una parafernalia a su alrededor aumentada entre otras cosas, por la disminución de la jornada laboral, el trabajar menos horas, hace tener más tiempo de dedicación para el físico y a la vez para aparecer perfectos de vuelta al trabajo.

Antes el trabajo era símbolo del deterioro físico, y la belleza era patrimonio de las clases que se podían permitir los cuidados corporales, la antigua “jet”; en la actualidad y según un dicho español “el trabajo es salud”, quizá en la época actual donde la mayoría de las personas trabajan o desean hacerlo, esta sea la máxima expresión de

<sup>32</sup> Enfermedad somática: aquella cuyos síntomas son de naturaleza eminentemente corpórea y física para diferenciarlo de lo psíquico.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

otro refrán español, “mal de muchos consuelo de tontos”, no queremos decir que todos los trabajadores son tontos pero sí que la sensación de estar ocupados aunque vaya en contra del descanso y del derecho al ocio es algo por lo que todos pelearíamos antes de estar desempleados, por otro lado no es que sea incompatible la belleza con el trabajo y prueba de ello es el actual desarrollo de la cosmética y de la apertura de gimnasios y salones de belleza que permanecen abiertos hasta las doce de la noche para permitir que los trabajadores puedan cuidar el cuerpo.

Paralelamente aunque los trabajos desempeñados hoy en día no degeneran la belleza exterior de manera notable, sí lo hacen de manera interior, parece ser que cuanto más bellos nos hacemos por fuera más feos nos volvemos por dentro a causa del estrés, la ansiedad, las obsesiones, las fobias.

Lo difícil surge cuando el trabajo que desempeñamos es absolutamente exterior o sea que la herramienta es el cuerpo, por lo que además del estrés interior, aparece un deseo u obligación de mantener la apariencia impecable, este es el caso no sólo de las modelos, sino de los presentadores, recepcionistas, vendedores, azafatas, dependientes, en la mayoría de los casos no tiene porque surgir una obsesión por la apariencia, pero sí existe un cierto cuidado a no salirse de los límites, que no llega en la mayoría de los casos a importunar demasiado porque entre otras cosas se convierte en hábito de conducta. La influencia de los usos sociales incita a que una mujer universitaria deba ser más delgada, aunque su constitución no sea afín a la delgadez, el 68% de las mujeres de clase alta con carrera hacen algo para cuidar su físico, frente al 44% que no han acabado bachillerato y están menos preocupadas. A. de Miguel (1997)

Es muy curioso como los usos sociales tienen estratagemas diferentes para cada sexo con el fin del agrado a los demás, el físico en las mujeres, frente a la retórica masculina. Estas reflexiones llegan a tal punto que existe un 18% de mujeres que realizan tareas de hombres y que en algunos casos, por acceder a puestos importantes en sus empresas se sienten descontentas por ser mujeres, debido fundamentalmente al deseo de haber sido hombres para evitar la competencia. Aunque es un porcentaje pequeño la dureza del acceso a los grandes puestos está mediatizada por la condición de ser mujer y unida a la apariencia exterior. (A. de Miguel, 1993/1995. Antología) La mujer se desarrolla entre la combinación del autocontrol alimentario, y la liberación

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

sexual marcando el territorio frente a la competitividad masculina y llegando a veces hasta la masculinidad proyectada en intereses profesionales y dominio físico.

En nuestra sociedad parece existir una correlación entre delgadez y ambición profesional, según Beck citado en (A. Guillemot, 1994) el ideal de mujeres delgadas se impone más entre las mujeres con un nivel cultural más elevado y mayores ambiciones. En general cuanto más preocupadas están las mujeres por lo que los demás piensen de ellas y de su inteligencia, más delgadas estarán. Por otra parte las redondeces preconizan la sensualidad que siempre va unida a la falta de inteligencia y la incompetencia profesional, incluso parece ser que la ambición profesional adelgaza a las mujeres, y en consecuencia el éxito social y profesional están de acuerdo con la delgadez actual de la mujer. El deseo de permanecer siendo jóvenes está íntimamente unido al éxito profesional, porque la gordura relega a aquellos que la padecen y fundamentalmente a las mujeres, a los últimos puestos en sus lugares de trabajo, el deseo que imprime la fuerza necesaria para quedarse el mayor tiempo enclaustrado en la tierna edad aunque solo sea aparentemente, hace que la mujer trabajadora sea fundamentalmente la principal consumidora de adelgazamiento, y que en la mayoría de los casos responde aunque inconscientemente a la presión del entorno.

En esta lógica, es fácil comprender que las féminas de clases más populares tienen menos oportunidades de acceder a una profesión, tienen menor conciencia del valor comercial de la belleza y están dispuestas a invertir menos tiempo en esta tarea, además de tener limitados sus recursos. El acceso al mundo laboral es para ellas difícil y sobre todo el acceso a una de aquellas profesiones que exigen la conformidad estricta con las normas dominantes en materia de estética y cosmética corporal.

Los TCA parecen haber purificado el cuerpo y también el alma de los adolescentes, unidos a la presión social como idea moderna de vida basada en la lucha diaria con el propio cuerpo, que con el paso del tiempo se ha fortalecido.

La incorporación de la mujer al mundo laboral es otro de los factores sociales del que se están sirviendo la anorexia y la bulimia para su propagación. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre) ha facilitado que muchos adolescentes que

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

empezaban su "tonteo" con la dieta escaparan al control familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en el contexto de una enfermedad grave.

*"Aspectos tradicionales, como sentarse a la mesa para comer o cenar en familia están desapareciendo de las casas españolas. Este es uno de los motivos que están favoreciendo la expansión de los trastornos de la alimentación", explica el doctor J. Casas, Hospital de Móstoles de Madrid, en Protocolo de TCA (1995)*

Otra de las conductas rotas en los hábitos alimenticios es la hora de la comida. Debemos reflexionar en que como otros elementos influyentes, el hecho de que la mujer trabaje fuera del hogar no es condición para la aparición de un TCA, si no existen otros elementos referidos, sobre todo de tipo afectivo y personal. Por otra parte existen familias que aunque la madre no trabaje fuera de casa, no inculcan hábitos sanos de dietética a sus hijos.

*"El descontrol a la hora de la merienda ha aumentado. Ahora cada uno abre la nevera y coge lo que quiere. Los niños aprenden a comer mal, de ahí que las costumbres dietéticas que transmitirán a sus hijos también serán erróneas". J. Casas, en Protocolo de TCA (1995).*

Una solución a este problema, que puede convertirse en hereditario, por la educación, podría ser el introducir una asignatura sobre nutrición en las escuelas, para que los pequeños aprendan cuáles son sus necesidades alimenticias y lleven siempre un estilo de vida sano, de hecho las actividades que se realizan actualmente para la prevención están orientadas hacia este camino.

### **III.3.3.1.3. LOS AMIGOS Y SUS RELACIONES.**

Con el desarrollo puberal se produce junto al desarrollo físico y sexual, un alejamiento de la dependencia familiar y en contrapartida se aumentan las relaciones extrafamiliares, que se van forjando con solidez creciente, pero aun marcadas por la inestabilidad y las fluctuaciones, formándose nuevos grupos, nuevos ideales, cambios en los deseos de futuro rápidos. Los jóvenes se identifican más con el grupo que con la familia y necesitan su aprobación constante, así como dejarse llevar de los gustos,



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

deseos y maneras de actuar y vestir de estos, incluyendo por supuesto una influencia notable en la manera de actuar y de comportarse.

Es característica la modificación de la actitud de los enfermos de TCA en cuanto a las relaciones con los demás. Existen dificultades para establecer relaciones superficiales, y la vitalidad en el trato con los amigos disminuye con el avance de la enfermedad, se reducen los contactos con los que no pertenecen a la familia mediante la evitación activa, autores como G. Clauser (1961) han definido a estos enfermos más como evacuados que como solitarios. Los enfermos se repliegan a la familia y sus ambientes escolares, eliminando cualquier relación con otros elementos del contexto sociocultural que les rodea. Con el fin de favorecer la reintegración de los pacientes en agrupaciones extrafamiliares de jóvenes de su misma edad, es efectiva la aplicación de psicoterapia de grupo, y que permite la observación de las conductas de los enfermos hacia otras personas. Según G.Schütze (1983); en el análisis de los perfiles intelectuales de los enfermos, aparecían déficits claros de la capacidad de comprensión y de ciertas formas de comunicación, a los que atribuye en parte, las dificultades que encuentran en las relaciones con sus semejantes. Incluso para encarar el proceso de curación, los enfermos describen la necesidad del apoyo de un amigo, en ocasiones se ha creído que el sexo del sujeto ayudante, amigo, era decisivo para el progreso y así se ha demostrado efectivamente y eficazmente en muchos casos, en otros casos la presencia del sexo opuesto como amigo, ha llegado incluso a ser contraproducente, y en otras ocasiones simplemente la presencia del amigo es lo único importante independientemente del sexo u otras variaciones sociales.

**III.3.3.1.4. LAS RELACIONES HETEROSEXUALES**

Dentro del contexto de los amigos y de las relaciones con el grupo de pertenencia, en la adolescencia ocupa un importante papel las relaciones con las personas del otro sexo y el descubrimiento de las aspiraciones como mujeres y hombres, hacia nuevas sensaciones.

En nuestra sociedad existe una confusión grande entre el ideal de belleza masculino y el femenino, para la mujer ser bella es estar delgada y cuanto más delgada mejor sin escatimar en la disminución del peso a la baja, sin embargo al hombre no le gusta que la mujer sea tan excesivamente "flaca", porque desde el punto de vista de la sensualidad, la delgadez anoréxica no presenta más que un conjunto de huesos que

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

asoman por todas partes y donde la ropa se limita a cubrir los huesos sin carne. El ideal de mujer para el hombre pasa por presentar un cuerpo proporcionado y esbelto, femenino y carnoso, aunque no gordo (como hemos dicho antes este era el ideal) esto no significa que una mujer deba ser perfecta y cumplir el canon de belleza griego para ser deseada, la armonía es quizá más importante para el punto de vista masculino que la delgadez extrema.

Lo curioso es que la anoréxica en un principio quizá sienta la necesidad de parecer deseable ante el otro sexo y por eso tome la decisión, unido a otros elementos muy complejos y multifactoriales desencadenantes de adelgazar y así ser aceptada, deseada, y pueda lucirse y pavonearse delante del otro sexo como mujer. El segundo paso es que la enfermedad hace olvidar los fines, y la enferma en la mayoría de los casos ya no piensa en gustar a los chicos sino en cumplir exclusivamente su propia voluntad, la de ser delgada. Debido a la influencia social de la cultura en las patologías de la conducta alimentaria es igualmente destacable como la mujer se esfuerza por aparecer ante el hombre como ella supone que a él le gusta. En la sociedad de hoy, la belleza del rostro por ejemplo pasa al segundo plano mientras que la mujer piensa que al hombre solo le atrae el cuerpo y equivocadamente la atracción de un cuerpo delgado. Observamos en esta reacción una pérdida del punto de mira, puesto que los motivos primarios se sobrepasan sin poder detener la mente enferma, que obsesionada ya no piensa más que en la comida, como si para alcanzar sus objetivos primarios que le llevaron a adelgazar, necesita siempre estar en guardia absoluta y permanente con la alimentación, que en cualquier momento le puede hacer perder el control y consecuentemente los logros conseguidos.

No vamos a decir que la tiranía masculina, ha ayudado a fortalecer estas patologías, pero sí que subsidiariamente el deseo de gustar a los demás puede ocasionar enfermedades que no están en absoluto en correlación con los deseos masculinos. A propósito de todo esto hay que destacar las teorías feministas de mujeres que han escrito sobre esta relación, por ejemplo la teoría de K. Chernin (1982) (citada en A. Guillemot, 1994) retoma la tesis del "poder arcaico" que la mujer ejerce sobre el hombre, ante lo cual el hombre se siente coaccionado y responde ante ésta con la privación, intentando coaccionar el poder femenino. La relación de dependencia que siente el hombre, se basa en la relación maternal del hombre con su madre a través de la alimentación primaria por medio de las mamas de la mujer. La mujer por tanto se erige dominante y este poder arcaico que la mujer ejerce sobre el hombre se manifiesta en

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

una superioridad manifiesta que el varón intenta reprimir subyugando a la hembra a las tareas tradicionales de la casa y del cuidado de los hijos. Por encima de esto, según K. Chernin, los hombres intentan disminuir el poder femenino atacando a la femineidad de la mujer, y explica como existe una conspiración para evitar que la mujer satisfaga su apetito y su poder.

Inconscientemente en nuestra época de liberación de las mujeres, los hombres se sienten atraídos por muñecas femeninas e infantiles, se observa la relación entre los cánones de belleza y el deseo cultural del hombre de limitar su desarrollo haciéndola prisionera de su cuerpo, sometida a las exigencias de la delgadez para ser aceptada en la vida social. En todo esto quizá existe un sustrato de verdad, aunque matizando algunos aspectos, es cierto que la mujer cuando se desarrolla y alcanza su madurez intelectual es temida por algunos hombres, la limitan a puestos inferiores, le hacen creer que no tiene capacidad para desempeñar otros puestos más complejos, cuando en realidad lo que subyace es un miedo tremendo a ser desbancados.

La psicología femenina es más compleja que la del hombre no por ser la mujer superior ni más madura, sino porque las relaciones existentes en su interior se entrecruzan de manera complicada y esto hace manifestar una personalidad compleja que el hombre a veces no puede descubrir. La anorexia en este marco de aceptación masculina no es más que según las teorías de K.Chernin (1982), una huelga de hambre para protestar por los cánones de belleza sociales, volviéndose adversas a las relaciones personales porque descubren en ellas la base de sus penas y su esfuerzo por ser de otra manera, artificiales, y ante todo delgadas. Por otra parte el hombre se mantiene ajeno a esta lucha de poderes que entabla la anoréxica y que él no ha provocado conscientemente sino a través de una conjunción de sensaciones y rencores almacenados por la mujer hacia el otro sexo.

La anoréxica desde este punto de vista se empeña en patalear para dar al hombre aquello que identifica como deseable para él, sin pensar que es mucho más probable que el problema de choque de intereses podría haber tenido otra solución más fácil. La anoréxica en su rabieta piensa en dar al otro lo que pide, delgadez, aun pasándose de la raya. Es posible que el hombre sólo haya pedido un trozo de tarta para endulzarse y sin embargo la anoréxica ha estampado sobre su cara la tarta entera. La enferma desea decidir por sí misma, se niega a ser una imitación y a seguir el camino que otros marcan, de ahí su rebeldía familiar y social. También S. Orbach (1986), insiste

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

- III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.
- III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.
- III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA
  - III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL
  - III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.
  - III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

en el deseo de la enferma de ser ella misma, su régimen exagerado la lleva a tener las riendas de su cuerpo o al menos eso cree ella, intentando descubrir su superioridad al menos temporal sobre los demás, incluso en el caso de las crisis bulímicas, se explica que son una protesta ante la necesidad de no poder comer para mantenerse delgadas.

En cualquier caso según explica A. Guillemot (1994), las feministas intentan explicar los TCA desde el punto de vista del papel de la mujer en la sociedad y ante el hombre, este papel es el que ha impuesto la cultura de la delgadez, de ahí las reacciones patológicas ante el mismo.

Hoy en día las mujeres han empezado a conciliar mejor sus reacciones ante los hombres y su convivencia con ellos, el desfase social entre ambos se está superando en todos los aspectos, el miedo del poder femenino de K.Chernin (1982), se disipa y la lucha por el poder ha acabado, la aligeración de las tensiones entre las relaciones hombre-mujer debía según las teorías de K. Chernin (1982), hacer evolucionar las formas hacia unas redondeces propias de la femineidad, que brotarían solas de la relajación de las tensiones acumuladas hacia los ideales masculinos y que por consiguiente supondría una disminución progresiva de los TCA. Si K.Chernin tuviera razón, este momento histórico sería el adecuado para que la mujer al hacer valerse ante el hombre empiece a liberar su cuerpo y su mente, esto está por ver y ojalá que así fuera, el problema es que los trastornos de la conducta alimentaria no sólo dependen de la relación con el otro sexo, ni siquiera de la relación que juega el binomio, papel de la mujer en la sociedad y la convivencia con el sexo masculino, por lo que aunque algunas cosas empiecen a cambiar, otras ni siquiera han salido a la palestra con intención de ser modificadas por todos los que ocupamos un lugar en la sociedad.

Las relaciones con el otro sexo unido al contexto de los amigos, es siempre muy influyente en estas edades adolescentes donde los jóvenes se sienten identificados en pandillas, en las cuales adquieren su lugar, la aceptación en la adolescencia de estos amigos supone un punto a favor de su equilibrio y correcto desarrollo psicofísico. La desaprobación de sus semejantes, despierta en ocasiones complejos personales y físicos que en algunos caso pueden terminar en un TCA. Por otra parte el despertar a la adolescencia y al cambio sexual, nos permite analizar esta parcela de la vida de los jóvenes en cuanto a sus relaciones con el otro sexo.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

La sexualidad se ve afectada por los trastornos de la conducta alimentaria, desde el punto de vista físico y psicológico, ya que la sexualidad tiene como motivación el placer al que se niegan las/os enfermas/os, por otra parte lo psicosexual tiene que ver con el relativismo sociocultural, a diferencia de lo biológico, en toda sexualidad se dan varias etapas desde la etapa autofílica donde se descubre el placer con uno mismo, a la etapa isofílica o de relación con el mismo sexo para tener adaptación a los propios roles, para pasar a la etapa heterofílica o de relación con el otro sexo donde se produce la plenitud y madurez sexual. Para el profesor Romi (mesa redonda de ALCMEON 16) la anorexia es un conflicto producido en el ámbito sexual entre la etapa isofílica y heterofílica, por tanto se produce un retraso sexual en la madurez. Por otra parte se mantienen en la etapa autofílica presas del narcisismo propio que les invade.

Todo el cuadro se refleja en la inmadurez psicológica y sexual, por falta de iniciativa social, se tarda en relacionarse, prefieren permanecer asexuados, no comen para ser uniformes, de ahí la atrofia de los caracteres secundarios, falta de vello, atrofia mamaria, atrofia del epitelio vaginal y endometrial de la mujer. El comer para enfermos de TCA es símbolo de obesidad y de indulgencia sexual, que de alguna manera se niega. En estos enfermos existe una disfunción entre el aspecto de sentimientos y de deseos, y el aspecto intelectual o racional, el cual les informa de lo que se debe hacer, por tanto y fundamentalmente se niegan a la sexualidad y si no se niegan como puede suceder en el caso de la bulimia, donde en algunos casos puede producirse cierta promiscuidad, no consiguen la satisfacción plena, debido al estado de ansiedad en el que se encuentran. El bulímico generalmente es ansioso, deseoso de sensaciones, por otro lado sufre de baja autoestima y cambios permanentes de humor, creen ser menos de lo que realmente son y sienten miedo al rechazo. Su conducta como ya hemos adelantado, puede llegar a ser promiscua e incluso a ser juguetes sexuales para otros, donde las relaciones de pareja son pobres e inestables.

**III.3.3.1.5. LA MODA**

Otro aspecto a analizar como factor sociocultural implicado en la epidemiología de los trastornos de la alimentación es **“LA MODA”** que arrastra casi fugazmente a los que se embarcan en ella cada temporada.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En este punto cabe apuntar como estamos inmersos en la **moda social**, como elemento de nuestro vivir y de nuestro desarrollo sociocultural actual, las manifestaciones de ésta desde el punto de vista de los usos y tendencias que por temporadas se suceden en nuestra sociedad, forman parte de nuestro contexto sociocultural al que más tarde nos referiremos. Las modas implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación como propagadores directos e indirectos de estas tendencias.

La moda generalmente entendida es la que marca la línea en todos los aspectos de la vida, es la que dicta donde hay que reunirse, que beber, como debe ser la estructura de nuestros domicilios, cuales son las zonas más frecuentadas, como vestir y que comer. En este punto es donde la moda ataca directamente al físico y donde empieza a ser peligrosa; desde nuestro punto de vista, aunque para unos, algunas modas sean más peligrosas que las otras, todas las modas son peligrosas desde el momento que se vuelven extremas, como suele suceder actualmente con la demanda extrema de delgadez.

Hoy en día vivimos en la dinámica pendular de la historia donde lo que estaba a la última hace treinta años vuelve con más fuerza que nunca para hacerse notar. Por otra parte en la actualidad la percepción de la imagen, ha sufrido un deterioro hacia la delgadez, hay que ser muy delgado para ser absolutamente perfecto dentro de la imperfección de las formas puntiagudas de los esqueletos, y por esto y a nivel más particular estamos hoy ante la tiranía de las prendas minúsculas, de tallas para niñas, donde se enseña más que se esconde, y en donde lo que se enseña debe ser perfecto. ¿Cuál es el concepto de perfección? la perfección bien entendida es relativa y en la sociedad que vivimos todo está pasado por el tamiz de la moda que extiende cruelmente sus patrones cortando todo aquello que sobra. La ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas con éxito. Las mujeres jóvenes más a riesgo de estas presiones culturales, son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia física, pero realmente, pocas mujeres, mayores o jóvenes, son inmunes a estas influencias.

Dentro de este aspecto, es necesario tener en cuenta la moda sofisticada de las pasarelas, las tendencias fuera del alcance de la inmensa mayoría de las personas y que genera en el público un "glamour" especial de modelos delgadísimas,

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

luciendo prendas de armario o de exposición, puesto que ni aunque pudiéramos comprarlas podríamos vestirlas. En este caso no son los “modelitos” los que originan influencias en la propia percepción, sino las modelos, que a través de la televisión o de las revistas de modas son envidiadas por las jovencitas educadas en la cultura de la belleza y ante las cuales toda la sofisticación que conlleva el así llamado “MUNDO DE LA MODA” genera una expectación muy importante al que pocas se resisten, y en el que existen pocas modelos en la cima y muchas aspirantes en la llanura.

### **III.3.3.1.6. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Vivimos en la era de la comunicación, los medios nos hacen cómplices de un bombardeo de informaciones de todo tipo, la intimidad de la que gozaban nuestros antepasados se echa de menos porque esa no estaba interrumpida por las televisiones, la publicidad, las radios, la prensa... hemos elegido vivir de esta manera en una sociedad informada, publicitada, comercial.

Los MCM<sup>33</sup> son los que nos enseñan a modelar y conformar las percepciones que tenemos de hombres y mujeres, los MCM modelan los roles pero en muchas ocasiones no presentan cambios que realmente se producen en la sociedad puesto que van ralentizados en mayor o menor medida respecto de la sociedad real, según Busby citado en J.C.Pearson (1993), los MCM no profundizan en algunos aspectos de los roles sexuales, los roles que aparecen son tradicionales, los niños moldean su comportamiento en función de lo que se les informa, en la mayoría de los medios, los hombres controlan la información. En la misma línea Cathcart y Gumper citados en J.C.Pearson (1993), los medios influyen en las relaciones interpersonales y son instrumentos que influyen en la autoimagen del individuo. Según J. Johnstons (1996), en EEUU según datos de 1992, sobre publicaciones femeninas y masculinas, se percibía como existía un 10,5% de artículos de dietas más en revistas femeninas que masculinas, de la misma manera había un 69% de personajes de televisión femeninos delgados y un 5% gordos. Todos los medios de la cultura de masas sirven para fortalecer las coacciones sociales que pesan sobre la individualidad, al excluir toda posibilidad de que el individuo se mantenga de algún modo en pie frente a la maquinaria atomizada de la sociedad moderna.

<sup>33</sup> Nos referimos con MCM a Medios de Comunicación de Masas, que a partir de ahora se denominarán en abreviatura.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Todo esto ha degenerado en EEUU en un 70% de chicas a régimen, ocho millones de mujeres americanas enfermas, y más del 95% que sobrevaloran su cuerpo en un 25% de su peso, las intervenciones de cirugía plástica se triplicaron entre 1986-1988, de las cuales el 80% eran remodelaciones estéticas. Hoy el 30 % de los hombres también piensa en términos de cirugía frente al 55% de hace cinco años, además en 1992, ya el 25% de los hombres americanos había hecho dieta. La mayoría de las mujeres perciben el ideal de mujer en la muñeca Barbie y el 90% de las niñas americanas entre tres y once años tienen una Barbie al menos. J. Johnston (1996)

Aunque los datos son americanos, en España el panorama no es muy diferente y los esquemas estéticos están rodeados de los mismos intereses y manifestaciones. En cuanto a los medios como impondores de modelos estéticos y de conducta, el cine debe afrontar, desde los años cincuenta, la durísima competencia de la televisión como medio absolutamente masivo y popular. Sobre los efectos de las técnicas audiovisuales en la influencia de las percepciones del cuerpo, tenemos las investigaciones de Phillip Myers y Frank Biocca en 1992, hicieron un estudio sobre la percepción del cuerpo entre setenta y seis estudiantes a las que se sometieron a una programación directamente relacionada con el culto al cuerpo, después de la cual treinta minutos después, las jóvenes ya se sentían insatisfechas con su cuerpo. Este estudio es como vemos particular y en su justa medida hay que saber interpretar que la exposición es preferentemente preparada, y que la atención está conseguida al 100%, fenómeno que no sucede en la realidad cuando vemos publicidad u otros contenidos relacionados con la estética.

Otros estudios contenidos en J. Johnston (1996), explican como una persona de promedio ve de unos cuatrocientos a seiscientos anuncios diarios y a los sesenta años ya ha visto entre cuarenta y cincuenta millones de los cuales uno de cada once están relacionados con el culto al cuerpo.

J.C.Pearson (1993), planteaba un ejercicio que puede ser identificativo de la autoimagen que cada uno tiene de sí, pretendía que un grupo de personas recortara fotos de los medios de comunicación que identificaran su forma de ser y su físico y de la misma manera, hacer otro collage con la antítesis de cómo nos vemos, una vez vistos propone observar si la imagen personal o la percepción de la misma, es muy afín con la de los medios, de igual modo propone ver las imágenes que tienen los demás de sí



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

mismos y observar si coinciden con la que cada uno tenía de ellos, descubrir si nos gustaría ser como la imagen de otro compañero, y analizar cual es la dependencia que tiene nuestra imagen de los MCM. Sin duda el ejercicio sería muy ilustrativo en población sana pero sin embargo si se pidiera el mismo a chicas/os anoréxicas/os o bulímicas/os, se descubrirían las percepciones equivocadas que tienen de sí mismos.

Los medios de comunicación, son vistos en la actualidad como algo negativo que sólo trae decepción y por tanto muchos anulan su labor social, y su papel positivo dentro de nuestro mundo informado. Generalmente aquellos que están relacionados con enfermedades complejas como los trastornos de la alimentación, acusan a los MCM de ser generadores y motores socialmente aceptados de insatisfacción personal acusándolos de ser los cómplices de los males sociales como dice J.Toro (1996)

*“El constante bombardeo de televisión, prensa ilustrada, radio carteles urbanos y demás vehículos de información y propaganda parece, en el terreno que nos ocupa, capaz de conseguir el “lavado de cerebro”(mejor, el “ensuciado” de cerebro), que tan peligroso está resultando para la salud mental y somática de una parte importante de la población”*

A. Mazur (1986), también aporta la dificultad de eliminar por su extensión el hecho de que las normas de belleza y la moda se han convertido en elementos más uniformes que nunca. Algunos estudios han relacionado negativamente la influencia de los medios de comunicación en las jóvenes ya que tendería a idealizar imágenes que frustrarían sus formas actuales y revertiría en patologías de la alimentación (J.Toro, 1996)

En el mismo sentido negativo Pérez Tornero (1992) expone:

*"Los medios masivos de comunicación, en su conjunto, se convierten en instituciones básicas de la sociedad de consumo. Homogeneizan los comportamientos, transmiten las novedades, sirven de sistemas de equilibrio y de regulación de la sociedad y son también el principal escenario de muchos de los conflictos sociales".*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Con este comentario se intenta abundar en la creación por parte de la publicidad de las necesidades, en la obligada imposición de modas e introducción de productos en los mercados, sin utilidad cargando la mano en el concepto vebleniano de objetos ostentosos<sup>34</sup>, sin necesidad aparente y sí poseídos de una fuerte carga de inutilidad en cuanto a su verdadero valor objetivo, pero que por otra parte al ser difíciles de adquirir demuestran una cierta capacidad adquisitiva y un deseo de posesión por parte de los sujetos a través de los cuales puedan exhibir su superioridad.

Revistas y televisión ocupan el principal papel de difusión de esta cultura actual, las revistas tienen un influjo directo en la aceptación social, pero no olvidemos de igual manera la fuerte presencia televisiva de los modelos de la delgadez, la exposición de los televidentes permite la actuación indiscriminada de los patrones actuales.

Existen estudios como los de Silverstein et al. (1986) (en Pérez Tornero, 1992) donde se investigaba la imagen televisiva de los personajes que salían en ella. Se estudiaron un total de doscientas veintiuna personas, ciento treinta y nueve varones y ochenta y dos mujeres por un jurado de psicólogos, en marzo de 1982, que puntuaban de uno a diez su grado de delgadez, aunque el dato por ser subjetivo no aporta científicidad exacta al estudio, se extrae que el 69 % entraban en la categoría de muy delgadas y el 17 % de los hombres también, la obesidad estaba presente en el 25 % de hombres y 5% de las mujeres. Varios estudios han demostrado la influencia de las imágenes en la psicología y particularmente en el caso de las malas conductas alimentarias, puesto que la exposición ante fotografías de mujeres delgadas ha generado en algunos casos depresión y culpabilidad. Esto podría estar relacionado con la sensibilidad a las imágenes, de chicas proclives a un TCA, por lo que por otra parte los resultados de estudios realizados en la universidad de Arizona por E.Stice et al. (1994) arrojan conclusiones a propósito de la exposición a imágenes de revistas. Se llegó a la conclusión de la influencia de los medios en las patologías alimentarias, en primer lugar por la presencia de mujeres delgadas, y la interiorización de presiones culturales. J. Shaw (1995) hizo una investigación a propósito de dos grupo de mujeres a los que se presentó un conjunto de fotos de revistas de moda para mayores de dieciocho años. Un grupo era adolescente y el otro adulto, los resultados representaron una mayor insatisfacción corporal entre las adolescentes.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En la población enferma, esto representa más aún un panorama desolador, se realizó una investigación por K. Hamilton y G. Waller (1993), en la que se presentaron veinte fotos de moda a jóvenes enfermas que sobrevaloraron su peso previamente nada más ver las fotos, también se les pidió que estimaran sus medidas las cuales aparecían aun más alejadas de la realidad después de haber visto las fotos. Hasta el momento solo tenemos argumentos negativos a propósito de la mala influencia de los medios de comunicación en el ámbito general y en población enferma de TCA.

Es difícil cambiar la opinión generalizada en contra de estos MCM, sobre todo dentro del área de personas y médicos relacionados con la epidemia de los TCA, por este motivo, las opiniones en defensa de los MCM, son mucho más esquivas y en general ante la creencia generalizada de falta de argumentos en su defensa está mucho menos reflejada por escrito.

Es necesario describir que los sujetos se exponen conscientemente a los medios y que no son inconscientemente manipulados por estos. La existencia de los medios no es negativa, puesto que aporta las herramientas necesarias de una sociedad de consumo, nos informa y nos acerca otras realidades a las que voluntariamente en la mayoría de los casos nos exponemos. Sería imposible imaginarse la sociedad actual sin sus herramientas de información. Es posible por otra parte, tener en cuenta la dificultad actual para que todos los MCM, mantengan una actitud ética y un talante real y de apoyo, pero en su mayoría a través de sus soportes, comunican y están diluidos en el panorama social. Una solución positiva ante el bombardeo indiscriminado de informaciones que podemos considerar nocivas para la salud del cuerpo y la mente, sería la inculcación de hábitos y de criterio suficiente para tener en cuenta que la información de cualquier tipo no puede estar por encima de los sujetos que la perciben. De la misma manera debemos luchar para desbancar mitos como que el rostro y el cuerpo perfecto están en nuestra mano, y que igualmente el rostro y el cuerpo en su aspecto externo es reflejo fiel de nuestro interior, teniendo en cuenta la premisa aceptada de que lo normal no es siempre bello. Independientemente de la influencia de estos mitos deberíamos reflexionar sobre nuestra dieta sin eliminarla drásticamente, contemplarnos con más perspectiva mucho más alejados del espejo, que solo refleja el cuerpo y explorar las opciones de vida a nuestro alcance.

<sup>34</sup> J. Veblen en su libro *La clase ociosa*, explica la diferencia de los objetos necesarios y los objetos cuya función es la de demostrar un poder adquisitivo superior al resto.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.7. LA PUBLICIDAD**

Otro de los elementos a tener en cuenta en cuanto al área sociocultural es la publicidad, la cual propone siempre valores y comportamientos de consumo, por otra parte los creativos a veces inconscientes de este elemento cargan a los objetos de simbolicidad para interpretar aquello que resulta apetecible para la sociedad. El publicitario se encarga de recoger lo que las modas siembran en nuestra sociedad y de darlo a conocer para que las opciones de consumo se diversifiquen. A parte del valor hegemónico de la publicidad como sostenedora de una economía de libre mercado es la señora coqueta y desamparada que por dar la cara se lleva siempre la culpa de las lacras sociales. Las dos funciones básicas de la publicidad, la económica y la de ser transmisora de las creencias de la sociedad, porque esta publicidad es un reflejo de lo que la sociedad demanda, erigen a la categoría y a todo lo relacionado con ella de materialismo.

No vamos a negar el significado ideológico de la publicidad, sus propuestas inundan las calles e incluso los pensamientos sociales, pero a niveles tan superiores como dice Pérez Tornero (1992), que se haya convertido en un macrodiscurso sin el cual no hubiera sido posible la sociedad de la opulencia, desde el momento que existe una moda que va cambiando, el hombre se ha interesado por ella y ha aspirado a seguirla incluso mucho antes de la creación publicitaria como hoy la entendemos. Si damos tanta responsabilidad a la publicidad, estamos equiparando la moda, los consejos personales, la difusión de otros tipos de información, como si todas estas formas, más el resto de comunicaciones posibles fueran publicidad, lo que es absurdo pensar. La publicidad es una forma más de comunicación que se aprovecha de las tecnologías actuales pero por ello no menos, ni más persuasiva, que otras formas de comunicación de cualquier índole y de las que han existido siempre.

Para M. Alemany (1995), en nuestra sociedad la publicidad lo invade todo, y aunque esta resbala en la mente adulta, los adolescentes son el blanco perfecto para dirigir estos mensajes; a propósito de esto G. Morandé (1990) dice lo siguiente,

*“El descubrimiento del adolescente como sujeto/objeto de consumo es relativamente reciente en términos comerciales, pero más antiguo si se recuerda la historia. Predicadores, religiosos, patrióticos y militares, políticos, etc. Hace mucho tiempo que los jóvenes esperan algo*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*que venga de fuera de su familia y entorno para moverse, salir de sus casas y explorar otros mundos. Lo que hoy se denominan “patología de adolescentes” reemplazan a otras, de las cuales la más común como nos recuerda Winnicott (1963), era enviarles a las sucesivas guerras que la humanidad se ha permitido”. G. Morandé(1990)*

Según la cita anterior parece ser que la razón de ser de los jóvenes que da sentido a su vida ha sufrido una fuerte transformación, en todas las épocas, los jóvenes han tenido sus ideales puestos en alguna cosa o manifestación de la sociedad donde han vivido en cada época. Hoy en día, parece ser que es la publicidad, uno de los elementos sociales que invita a los jóvenes a ser ellos mismos a través de forjarse una identidad propia como grupo, dentro de una sociedad donde ser adolescente ahora sí significa algo.

*“Es decir, estamos ante unos usos que se imponen por todas partes: la publicidad, las conversaciones, lo que se considera socialmente que es bueno y deseable” A. de Miguel (1997).*

Siguiendo esta opinión Abraham y Llewellyn (1987), presentan que la juventud está sometida a un estrés emocional, a la hora de buscar su independencia, competir, o hallar su identidad. Por otra parte es muy importante tener en cuenta que la población objetivo de la publicidad de productos destinados al consumo joven, quizá sea la población de riesgo de padecer una enfermedad o trastorno alimentario pero que no toda la población de riesgo enfermará, e igualmente que la población de riesgo que enferme, no lo hará por haber visto mucha publicidad, sino que deben darse otros elementos de los cuales hemos hablado para que unidos a un detonante común, lleguen a reproducir la patología. El detonante no siempre tiene que ser la publicidad, incluso puede haber enfermos que afirmen no haberse visto influidos en ninguna medida por alguna de las manifestaciones comunicativas de masas.

### **III.3.3.1.8. LAS REVISTAS**

La prensa escrita periódica, revistas, tienen un papel especial en la influencia que ejercen sobre la adolescencia especialmente por la segmentación de este medio y la posibilidad de llegar a ellos de una manera casi exclusiva debido a la multitud de revistas orientadas a este sector joven. Según las Noticias de la Comunicación,

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

(1999) el perfil de los lectores de revistas es fundamentalmente de mujeres en un 55,7%, de clase media-media, 44,2%, y de edades comprendidas entre catorce y diecinueve años, en un 13,9 %, siendo el tercer porcentaje más alto después de los segmentos de veinticinco a treinta y cuatro y de los treinta y cinco a los cuarenta y cuatro. En cuanto al hábitat los núcleos de cincuenta mil a doscientos mil habitantes ocupan el 24,4% de los lectores.

La penetración de las revistas es fundamentalmente en las clases medias altas y según los porcentajes calculados sobre el total de los individuos que integran cada segmento del universo de españoles mayores de trece años, la penetración más alta se da entre los catorce y diecinueve años, con un 74,7 %. Estos datos son representativos a la hora de analizar la presión e importancia que las publicaciones escritas ejercen en los adolescentes.

Los medios de comunicación escritos unen su hacer a través de tres elementos. Un discurso noticial en primer lugar, un discurso argumentativo y más tarde a través de los anuncios de publicidad, un discurso comercial. Los medios de comunicación responden hoy en día y ayudan a la redefinición de los individuos en cuanto a la vida política, sus relaciones económicas, y su participación en la vida pública. Los discursos propios de la prensa, noticial y argumentativo unido al comercial de la publicidad, definen los estereotipos estándar de las conductas, de ahí la influencia del orden mediático en el orden social.

En cuanto a los géneros periodísticos, como los temas tratados, van evolucionando a la par de los usos sociales que influyen y parten de los propios sujetos, permitiendo al igual que todos los medios de comunicación segmentar las audiencias.

Dentro de los medios de comunicación usados en la actualidad, la prensa periódica ocupa un lugar relevante en la difusión de elementos que socialmente están relacionados con las dietas y con el culto al cuerpo. Por otra parte es importantísimo caer en la cuenta que los adolescentes son un público objetivo preferido para estas informaciones y que en muchas ocasiones se embeben leyendo estas publicaciones dirigidas a ellos exclusivamente.

Muchos autores. V.Turón Gil (1997), G. Morandé (1990), J. Toro y E. Vilardell (1989), J. Toro (1985,1996), aseguran que es éste el principal medio de

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

acercamiento dirigido a un sector de población juvenil, que es adicto y fiel a este tipo de publicaciones, incluso por encima del alcance de la televisión. La televisión, por las características del medio, aunque tiene un impacto mayor en la población, es capaz de segmentar con más dificultades que la prensa a sus públicos; además los jóvenes se hacen cómplices de estas revistas, las compran casi ritualmente, incluso a veces a escondidas de sus padres, que les prohíben el acceso a ellas porque su contenido en muchos casos no es acorde con la edad de las lectoras (ver investigación de prensa)

Las audiencias de la prensa escrita influyen detenidamente en los contenidos de manera que las revistas para niños no establecen diferencias para sexos sin embargo las revistas para jóvenes presentan diferencias entre hombres y mujeres, las revistas femeninas enfatizan el aspecto personal para las chicas. Los objetivos e intereses son muy diferentes para las chicas y chicos y de ahí que los vehículos de transmisión sean diferentes igualmente. Por otra parte, las revistas femeninas no son todas iguales dependiendo de la edad de la lectora puesto que las revistas adolescentes se separan de las revistas del corazón. En las masculinas el estereotipo es el de mujeres sexualmente atractivas y deseadas como las de Play Boy, Según Robards citado en J.C. Pearson (1993), las modelos de Play Boy se han vuelto más inteligentes, menos desnudas, cuentan su vida, dan opiniones respondiendo así al que se supone es el nuevo perfil del objeto de deseo de los hombres o sea lo que tradicionalmente respondía al guapa y además inteligente.

Las revistas en general para adolescentes o del corazón entre otras, según M. Alemany (1995), explican medios y dietas para adelgazar que influyen en gente poco formada, la mayoría de las personas que se ponen a dieta en primavera son mujeres jóvenes y adolescentes que suponen un total de más de medio millón en Madrid, ciudad de casi cuatro millones de personas, la mayoría de las veces son regímenes acientíficos y basan su efectividad en la presión del medio que las difunde, o en los testimonios de personajes famosos o no, que se limitan a dar consejos porque hay que cuidarse, que cuentan cuando ellos redujeron tantos kilos y de qué manera, este medio de convicción es más usado en publicidad de televisión que en prensa. Otro elemento de éxito de las dietas es el boca a oreja para lo cual entre amigas se pasan el milagro del adelgazamiento a veces escrito en una servilleta de papel del bar donde toman café. El dilema viene cuando no funcionan estas dietas y entonces se cree que fue por la falta de voluntad y se espera con paciencia a la primavera siguiente como dice M. Alemany (1995), la idea se olvida hasta la próxima primavera- la estación de las dietas, ayunos y

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

preparación de la carne para el asadero de las playas veraniegas- cuando se vuelve a intentar. No olvidemos que el culto al bronceado y la piel morena indirectamente está muy relacionado con el adelgazamiento.

En estas revistas devoradas por las jovencitas de edad adolescente aparecen dietas absurdas como la de Rafaela Carrá, consistente en comer de todo pero antes de las ocho de la mañana, la cual se cae por su propio peso, otras como la dieta de comer una sola vez al día, para lo cual el cuerpo está preparado y aprovechará mejor los nutrientes que se le administren, existe también la dieta de los alimentos crudos o tercer mundista etc.

¿Por qué se produce esta situación y las jóvenes y a veces no tan jóvenes creen ciegamente en estas dietas? porque no existen soluciones médicas efectivas, porque el estado de opinión es que lo gordo no vende, y porque el afán de éxito social que exige figuras caquéticas y que además transmitan el valor de salud, se lleva.

Autores como J. Toro en sus trabajos de (1985), realizó un estudio de revistas femeninas para ver como era y actuaba aquí la publicidad y las valoraciones de la dieta en estas publicaciones y G. Morandé (1990), corrobora lo anterior y expone la importancia de las revistas como vehículos portadores de dietas o elementos suficientes para dar razones a una joven para adelgazar. Los reportajes y las revistas así como su influencia en la población adolescente también han sido analizados por E. Martínez Mallén (1993), en su investigación descubre que al menos el 65% de la muestra manifiestan su interés por los reportajes sobre dietas, adelgazamiento y belleza y un 42 % se siente más atraída por las calorías de los alimentos y las informaciones al respecto.

En 1980 se investigó el aumento de artículos de estos temas en las revistas desde 1959-1988, dentro de las principales publicaciones americanas, el ejercicio físico también parecía estar más presente incluso que las dietas, por lo que parece que la tendencia se dirige a este elemento del culto al cuerpo. D.M. Garner et al (1980)

El siguiente estudio de A.E.Andersen y L. Di Domenico (1992), explica las diferencias para hombres lectores de revistas y las mujeres por lo que el estudio se hizo con las diez revistas más leídas por unos y otros, la población era de dieciocho a veintisiete años y se realizó en el otoño de 1987, los contenidos dirigidos a dietas tenían mayor presencia entre revistas femeninas y tendían a igualarse cuando los artículos eran



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

en torno al cuidado de la silueta, por lo que viene a confirmar el interés femenino por bajar de peso y cambiar su cuerpo frente al deseo de cambiar de silueta sin modificar el peso de los hombres.

EL Clinical Psychology Center de la universidad de Arizona, llevó a cabo por Nemeroff et al 1994 (en J.Toro, 1996) un estudio profundo a este respecto, analizando seis revistas por año de las que se eligieron, femeninas y masculinas tradicionales, de moda y actualidad, el promedio de artículos publicados para perder peso fue de 10,7 cada seis meses en revistas femeninas y de 0,8 para hombres. Los artículos de belleza tenían promedios de 15,8 y 2,7 respectivamente. Para estar en forma la tendencia se igualaba alrededor del 3,5, para desequilibrarse la balanza femenina de nuevo en el tema de la salud con una proporción de 10,5 artículos relacionados con la salud en revistas femeninas frente a 2 en masculinas.

Pensando que quizá no esté suficientemente estructurado el contenido de revistas dirigidas exclusivamente a la población de riesgo, catorce a diecinueve años, y sintiendo la necesidad de profundizar en los intereses y contenidos que hacen tan atractivas las publicaciones a las jóvenes hemos realizado una investigación paralela para descubrir si realmente las motivaciones adolescentes se encuentran reflejadas en estos medios. ¿Quién puede resistir el terrorismo de las publicidades y la prensa sin sentirse aludido?

El espejo nunca es tan perfecto como lo que vemos en las revistas, de ahí hasta llegar a un trastorno de la alimentación no es un camino muy largo para recorrer. Pero la culpa de todo no es sólo de la sociedad, los trastornos de este tipo están multideterminados, es decir que existen diferentes factores que inciden para que finalmente una persona los padezca. Se necesita de una combinación de los distintos elementos que adquieren características particulares en cada caso.

Como vemos estamos dentro del área de las revistas femeninas, revistas que en su categoría parecen diferenciarse de las revistas para todos. La esfera femenina es exclusivamente femenina mientras que la masculina está compartida por hombres y mujeres, dentro de su esfera la mujer aparece enseñando la casa del hombre, y haciendo sus tareas, así como preocupándose por su imagen. Por tanto parece ser que las revistas son el maravilloso soporte para estereotipar al sexo femenino. En cualquier caso, siempre se ha conocido a la lucha de la mujer por su identidad como feminismo,

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

sin embargo no existe el masculinismo, por que el hombre cuando busca su identidad se realiza ante todo como individuo y no como ser masculino por excelencia ya que nadie lo cuestiona. El hombre es dueño de su prensa poderosa e informativa por excelencia y la mujer es dueña de su prensa femenina, porque ésta, no solo informa sino que enseña las actitudes y actividades que van a desarrollar en su vida, es pues una lista de instrucciones para la vida, para el sexo, para el triunfo de la mujer en la zona de los hombres, por lo que parece que a través de las revistas, las mujeres aprenden la carrera de ser mujeres y tras varias lecturas incesantes siempre que el nivel socioeconómico y el tiempo libre lo permitan, salen licenciadas en el arte de seducir y triunfar social y personalmente ante los demás.

En realidad la mujer parece estar tipificada en los medios de comunicación, desde el momento que tiene una categoría dentro de los medios, igualmente tenemos unas audiencias femeninas que destacan ante la no existencia de audiencias masculinas, esto sugiere como se expuso en las X Jornadas de Investigación de la Mujer una diferenciación entre las clasificaciones estereotipadas de las mujeres. En primer lugar la ama de casa suscrita al hogar y al cuidado familiar exclusivamente, la mujer de carrera cada vez más numerosa y menos exigente con el hogar, y la mujer equilibrada a la que interesa el mundo fuera y dentro del hogar. Esta es la mujer a la que diríamos que se le exige todo, dentro y fuera, mujer para todo, la completa, la no reconocida por su trabajo dentro, si con suerte se le reconoce fuera.

La publicidad es una parte fundamental de estas revistas donde se dirigen los anuncios bien al ama de casa o a la mujer autónoma, de manera que los modelos más explotados son el de ama de casa y el de la mujer ligada al trabajo y a su cuidado y belleza. En la actualidad, la mujer y el hombre no son el resultado de su código genético y de su hacer, sino que mantenemos las esencias pero modificadas por nuestro comportamiento físico y psicológico y por las prácticas sociales.

Hemos hablado de revistas femeninas y masculinas, de revistas para todos y someramente de las revistas juveniles que de alguna manera son las que nos interesan aquí, por tanto y al respecto de las mismas, debemos analizar su aceptación juvenil y sus temas, como ya anunciamos anteriormente, a través de una investigación paralela; pero es necesario observar la opinión generalizada a propósito de las mismas.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Las revistas juveniles no responden a la edad y educación de las jóvenes que las leen, ante esta observación, según datos de Internet (1998), el Defensor del Menor registró en los últimos años, sesenta y dos quejas avaladas con las firmas de quince mil setecientos catorce padres contra una decena de publicaciones juveniles por sus contenidos violentos y sexistas, ante esto se pidió a la consejería de Sanidad y Servicios Sociales que redactase un reglamento "de protección sociocultural de los menores" ya que se consideraron "poco recomendables" diez publicaciones denunciadas por quince mil padres.

Las revistas en las que los padres han apreciado "contenidos poco recomendables" eran en 1997:

*Vale, Nuevo Vale, Bravo, Super Pop, You, Ragazza, Chica hoy, Dragan Ball, Super Juegos, y Ok PC Game.*

El Defensor del Menor encontró un alto contenido de violencia y agresividad en las publicaciones de videojuegos analizadas, lo que contribuye a desfigurar la perspectiva de la realidad e influye negativamente en el correcto desarrollo madurativo y personal del niño. Respecto a determinados cómics, la institución que defiende a los menores alerta sobre los excesos de estas publicaciones en imágenes agresivas y violentas para el lector infantil que puede generar desviación y confusión para el desarrollo personal del menor. Por otra parte y más enfocado al tema que nos ocupa, se percibió que en las revistas de información general dirigidas al público adolescente, se observó que las páginas dedicadas al sexo, tienden a confundir y dirigir actuaciones desviadas, lo que supone una incitación precoz a la sexualidad que posibilita una alteración del mundo actual del joven adolescente.

En el análisis, tan sólo tres publicaciones se consideraron positivamente: *Superjunior, Caracola y Leo Leo.*

El Defensor del Menor, trasladando su preocupación al Defensor del Pueblo, sugirió la elaboración de una norma que impusiera la calificación de idoneidad para este tipo de revistas juveniles de manera que las editoras señalaran en lugar visible el tipo de público al que van dirigidas.

Se proponen cinco categorías de revistas:

- Especial infancia.
- Para todos los públicos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

- No recomendada para menores de siete años.
- No recomendada para menores de 13 años
- No recomendada para menores de 18 años.

Algunas revistas como *Vale* y *Bravo*, debido a la llamada de atención, incluyeron una leyenda en su portada; *Vale* escribe en su portada la siguiente recomendación: "Publicación no indicada para menores"; y *Bravo* se conforma con "Para algunos contenidos se recomienda revisión de padres".

Hemos de advertir que el tamaño de la letra de estas recomendaciones es imperceptible a los lectores. De la misma manera las jóvenes siguen comprando las revistas citadas, porque aunque la recomendación sea para mayores de dieciocho años, el lenguaje y las formas de abarcar los temas están claramente dirigidas a un público adolescente. En esta queja se observó la desmesura de los temas agresivos y sexuales y se obvió por considerarse quizá inconscientemente poco peligrosos, el tratamiento que en las mismas se da al culto al cuerpo y a las dietas, así como a las imágenes de chicas y chicos que aparecen sugeridos del análisis personal que hemos realizado, incitando con su delgadez al desarrollo de otras patologías.

Con el objeto de aplicar luz sobre la influencia de las publicaciones juveniles en la adolescencia en todos los aspectos de su desarrollo y también en aspectos relacionados con la dieta y hábitos de alimentación, reproducimos a continuación un estudio realizado sobre publicaciones dirigidas a chicas de catorce a diecinueve años, con el fin de analizar sus intereses y preferencias por medio del vehículo más a su alcance y de acuerdo más a sus gustos.

**III.3.3.1.8.1 UN ESTUDIO SOBRE REVISTAS.****RESUMEN DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.**

El siguiente estudio se centra en el análisis de las publicaciones de tipo juvenil de mayor interés para una población de catorce a diecinueve años, según el EGM (Estudio General de Medios) En el trabajo se tuvo en cuenta tanto los contenidos informativos como la publicidad que aparecía, percibiéndose de entrada que los contenidos tenían una orientación mucho mayor hacia el culto al cuerpo que la publicidad de estas publicaciones en los años 1996/1997, por lo que se decidió analizar también las líneas generales de dichos contenidos informativos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## 1. Selección del tema:

Vamos a investigar la imagen de las adolescentes de catorce a diecinueve años que aparece en las publicaciones dirigidas a este sector de población, así como los contenidos que le interesan a las mismas, los temas sobre los que leen y se sienten atraídas a esta edad.

## 2. Objetivos:

1. Analizar cual es la tendencia de estas publicaciones, conocer a su público objetivo, descubrir sus intereses y los intereses de los anunciantes que insertan un tipo u otro de publicidad según el público diana que se han propuesto alcanzar.
2. Analizar la variación de los contenidos y su diferencia en 1996-1997.
3. Analizar la variación de la publicidad y su diferencia en 1996-1997.

## 3. Aplicación del estudio:

En el ánimo del investigador, estaba el interés de poder aplicar estas conclusiones a estudios posteriores derivados de la influencia social de la publicidad, principalmente en la deformación de la imagen real de las adolescentes, de la percepción de pautas incorrectas de comportamiento y en problemas derivados directa o indirectamente de la transmisión de estos elementos a través de la comunicación, como pueden ser los trastornos de la alimentación.

## 4. Metodología:

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

El método a aplicar es el análisis de contenido por medio de la lectura y la observación puesto que era el más afín al desarrollo de textos e imágenes partiendo de las revistas investigadas. Se ha realizado por tanto un análisis de tipo cualitativo, para ver cual era el panorama que nos rodea.

El modelo se ha desarrollado a partir de uno ya elaborado para el análisis de textos periodísticos.<sup>35</sup>

## 5. Variables:

## Independientes:

En esta investigación se han intentado tener en cuenta las siguientes variables, para la determinación del corpus y su análisis:

El sexo femenino, la edad, el tiempo de publicación, y la selección de revistas.

## Dependientes:

La variación de la publicidad y temas relacionados con las dietas, la moda y la belleza en estas publicaciones.

La figura de las jóvenes y percepción de la misma con relación a las exigencias sociales.

## 6. El corpus:

Revistas: *RAGAZZA*(mensual), números de mayo de 1996 y 1997.

Suplementos especiales incorporados a ambos números.

*NUEVO VALE* (semanal), los cuatro números de mayo de 1996 y 1997.

*SUPER POP*(quincenal), los dos números, mayo de 1996 y mayo de 1997.

## 8. Hipótesis:

Algunas de las líneas de desarrollo de hipótesis serán:

La presencia en la publicidad de la prensa periódica dirigida a mujeres de catorce a diecinueve años de productos relacionados con el culto al cuerpo.

El nivel de presencia e influencia de contenidos relacionados con la preocupación por el aspecto.

La presencia en las revistas de modelos fotográficas que responden al prototipo de mujer delgada, mujer triunfadora.

El cuidado del tratamiento y estética de las revistas en 1996 que en 1997.

La variación de contenidos y de la publicidad en ambos años.

<sup>35</sup> Dicho modelo fue entregado como material de doctorado por el Catedrático de la U.C.M. D. Francisco García García.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.8.2 SELECCIÓN DEL TEMA**

La investigación que vamos a proponer está delimitada por el alcance de la publicidad y los contenidos en las revistas semanales, quincenales, mensuales dirigidas al sector de la juventud delimitado entre los catorce y los diecinueve años, en los cuales nos proponemos estudiar el tratamiento de la publicidad en los anuncios insertados en las páginas de la prensa periódica y los contenidos que acompañan a la misma en el corpus elegido.

**III.3.3.1.8.3 EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN. DEFINICIÓN**

El objeto de la investigación se centra en el estudio de la publicidad y los contenidos en revistas dirigidas mayoritariamente al público femenino juvenil, debido al excesivo abuso de los cánones de belleza que actualmente están en vigor y el uso exagerado que se hace de los mismos llevados a las últimas consecuencias en términos de delgadez, esbeltez, mujer delgada igual a mujer triunfadora; es por tanto relevante la necesidad de hacer un análisis de este tratamiento directamente asociado a los modelos publicitarios en general y a la publicidad de productos dedicados exclusivamente a la conservación de la esbeltez y del culto al cuerpo.

También es importante descubrir a través de estos contenidos cuales son los intereses e ideales de este público y mucho más allá de las revistas analizadas poder inferir cuales son las verdaderas preocupaciones de estas jóvenes frente a las que aparecen reflejadas en las revistas elegidas.

Aprovechando la coyuntura actual y haciéndonos eco de la influencia de la publicidad y su difusión en los medios de comunicación, así como de los contenidos de publicaciones eminentemente juveniles, resulta oportuno el análisis de este tipo de publicidad y contenidos, sobre todo por los detractores que tiene, en una sociedad que cada día es más superficial en sí misma y donde la anorexia y la bulimia, catalogados como trastornos severos de la alimentación hacen sus estragos en el sector juvenil directamente relacionado con este tipo de publicaciones dirigidas a este público, y que estando especialmente receptivos a los cánones sociales, atacan a toda manifestación de publicidad o contenido en la que se pueda vislumbrar el mínimo rasgo de reflejo de los valores sociales actuales.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Resulta por tanto imprescindible, el análisis del tratamiento publicitario de la imagen juvenil de la mujer, y de los contenidos que acompañan a la publicidad en las revistas: dietas milagrosas, relatos mágicos e inverosímiles, cuestiones sexuales; para poder tener una referencia directa, a la hora de analizar la problemática y los desmadres juveniles y alimentarios en los que hoy en día se ven inmersos muchos jóvenes de edades comprendidas entre catorce y diecinueve años, aunque estos límites están en progresivo aumento al alza y la baja.

Tiene sentido por tanto analizar sobre un corpus determinado cual es la verdadera imagen de los modelos sociales más allá incluso de la publicidad, y cual es el análisis de los contenidos de las revistas, sin salirnos del contexto que identificamos en los medios de comunicación.

#### **III.3.3.1.8.4. APLICACIÓN DEL ESTUDIO**

El mismo sería relevante para determinar causas más profundas, o para delimitar otras investigaciones sobre la actual sociedad de consumo, donde jóvenes en la flor de la vida aparecen postrados en los hospitales, con alimentación nasogástrica, sin ganas de vivir y al borde de la muerte por caquexia o adelgazamiento extremo, porque un día, debido no se sabe muy bien a qué, decidieron dejar de comer para permanecer delgados artificial e infantilmente.

No olvidamos de la misma manera el contexto donde aparece la publicidad. Por una parte el macrocontexto que hemos definido en las líneas anteriores, referido a la problemática actual derivada de los prototipos socialmente aceptados que se determinan hoy en día como valores acogidos por el resto de la sociedad y que la publicidad como absoluto y fiel reflejo de esta sociedad ha llevado a cabo en sus variadas manifestaciones.

Por otro lado el microcontexto al que nos referimos es la propia publicación donde aparece la publicidad y otros contenidos, que nos proponemos investigar, ya que en una relación de simbiosis existe una influencia recíproca entre los contenidos de las revistas y las manifestaciones publicitarias, teniendo en cuenta, además, que la publicidad se intercala en las revistas que van orientadas al perfil sociodemográfico de acuerdo con el público objetivo de la campaña.



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.8.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Con la investigación que vamos a proponer queremos delimitar cuáles son las publicaciones de la prensa periódica que tienen una difusión básica en el público femenino adolescente y juvenil comprendido entre los catorce y los diecinueve años.
2. Queremos saber cuales son los hábitos de lectura de estas jóvenes, los temas que le interesan, y que les identifican socialmente con su grupo y con la sociedad en general, y por tanto desembocar en los hábitos sociodemográficos de este sector.
3. Queremos ver que tipo de publicidad llega al público joven femenino.
4. Cuales son los contenidos publicitarios que aparecen en estas publicaciones dirigidas a este sector de catorce a diecinueve años.
5. Cómo presentan el cuerpo femenino de las adolescentes.
6. Qué anuncios se refieren directa o indirectamente al culto al cuerpo, con imágenes o palabras.
7. Cuantos de estos anuncios presentan productos directamente relacionados con la forma física o el adelgazamiento.
8. Como se trata a la mujer en referencia a su imagen y a sus intereses en estas revista.
9. En los textos no publicitarios analizar como es la figura de la mujer, con relación a los temas tratados.

**III.3.3.1.8.6 METODOLOGÍA. EL ENFOQUE**

Desde el punto de vista del análisis de la juventud en su edad adolescente la investigación que presentaremos trata de determinar cuales son los contenidos publicitarios o no publicitarios que entran en relación con las jóvenes, así como el tratamiento que se hace de los temas que interesan a estas chicas.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.8.7. EL MÉTODO. ETAPAS.**

El método elegido para nuestro trabajo es el análisis de contenido.

Por una parte la investigación cuantitativa da lugar al análisis de datos, mientras que la investigación cualitativa como es el caso y la observación, en menor medida, dan lugar a un estudio, análisis e interpretación de los contenidos registrado y obtenidos mediante una determinada forma de comunicación como es la prensa en este caso. De esta manera las unidades de análisis pueden ser las palabras, los temas, las unidades de tiempo y espacio, los tópicos...

En nuestro caso y según la aplicación del método hemos elaborado un análisis temático, partiendo de la estructuración del contenido.

**LAS ETAPAS DEL MÉTODO**

1. En primer lugar la etapa de preanálisis. Ante la diversidad de técnicas y el carácter no estructurado de las mismas, lo primero que hay que hacer es normalizar el material de trabajo y establecer las reglas para operar.

1. Por tanto elegimos el cuerpo del análisis.
2. Formulamos objetivos e hipótesis.
3. Definimos el método.

2. En la segunda etapa de explotación del material mediante la aplicación del modelo, y proceder así al desglose, análisis temáticos o léxicos.

3. En tercer lugar procederemos a la inferencia de conclusiones específicas, deducibles de lo aplicado en beneficio del esclarecimiento de nuestros objetivos y la comprobación de las hipótesis.

**III.3.3.1.8.8. EL CORPUS.****III.3.3.1.8.8.1 Pasos previos:**

En cuanto a la selección de las publicaciones analizadas en este trabajo debemos especificar los criterios de elección de las mismas.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

- III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.
- III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.
- III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA
  - III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL
  - III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.
  - III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Tomando como base el Estudio General de Medios, se han tenido en cuenta todas las publicaciones periódicas de carácter semanal, quincenal y mensual, de tipo marcadamente femenino que además aparecían en el citado estudio.

Citamos estas en su totalidad: Pronto, *Nuevo vale*, Mía, Nuevo Plus, *Super Pop*, Fotogramas, Speak-Up, Dunia, *Ragazza*, Cosmopolitan, Elle, Vogue, Marie Claire, Telva, Woman, Clara, Prima, Mibebé y Yo, Ser padres, Crecer Feliz, Tu Bebé, Tu salud, Integral, Casa Jardín, Mueble, El Nuevo Estilo, Mi Casa, Burda, Patronos, Labores Hogar, Ideas y Punto, Mi familia y yo, Cocinar hoy, Comer cada día.<sup>36</sup>

Algunos datos del contexto donde están enmarcadas estas revistas son los siguientes (Noticias de la Comunicación. Marzo 1999):

Tanto en 1996, como en 1997 y 1998, las revistas elegidas son líderes en este segmento de público. *Nuevo vale* a pesar de mantenerse entre las más leídas disminuyó de 961 miles de lectores en 1997 a 669 miles en 1998, *Super Pop* también descendió de 1244 miles a 892 miles, de 1997 a 1998. Y *Ragazza* igualmente tuvo un recorte de lectores de 500 miles a 404 miles en 1998, en 1998 apareció otra revista *You*, cuya presencia no hizo sombra a las seleccionadas aquí un año antes. Las seleccionadas tienen las siguientes tarifas publicitarias, *Ragazza* con un precio de 1.325.000 en 1998, frente al 1.300.000 de 1997 y *Super Pop* con 1.050.000 en 1998, frente a 1.000.000 en 1997 están muy por encima de *Nuevo vale* cuya tarifa es de 450.000 ptas en 1998. En cuanto a la facturación publicitaria en los tres casos ha sido al alza desde 1996-1999 siendo para *Ragazza* de 501 a 563 millones, para *Super Pop* 161 a 205 millones y para *Nuevo vale* de 203 a 205 millones. En cuanto a las audiencias y difusiones en 1999, las tres están por encima del resto de revistas femeninas y musicales (*Super Pop*), *Ragazza* presenta difusión de 121.697 ejemplares y una audiencia de 404.000 lectores. *Nuevo vale*, presenta audiencias de 669.000 lectores, estas dos por encima de otras como *You*, *Chica hoy...* en cuanto a *Super Pop* su difusión es de 280.000 y su audiencia de 892.000 lectores. Aunque como vemos las audiencias son destacables, comentaremos que a lo largo de los años comprendidos entre 1993-1997 las tendencias de estas audiencias en los tres casos ha sido al alza, para disminuir un poco en el salto del año 1997 a 1998, en los tres casos.

<sup>36</sup>Datos entresacados del E.G.M. oleadas 2ª y 3ª febrero-noviembre 1996

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En resumen podemos decir que el panorama de nuestras revistas elegidas para esta investigación no ha variado sustancialmente desde 1996 hasta ahora, defendiendo así la vigencia de los datos referidos a las mismas.

#### III.3.3.1.8.8.2 Variables independientes y dependientes

##### Variables independientes:

En este caso las variables independientes determinadas para la realización del trabajo y primeramente para la selección del corpus han sido las siguientes:

1. El sexo: en este caso la determinación del corpus se ha hecho referido al sexo femenino exclusivamente, por lo que se ha desestimado en la totalidad el sexo masculino, teniendo en cuenta que las publicaciones elegidas se refieran en sus hábitos de lectura a más de un 50% del citado público femenino, tomando como datos de referencia en todos los casos los resultados de las oleadas segunda y tercera del EGM, 1996.

Se ha descartado el público masculino debido al interés de aplicación del estudio al desenvolvimiento de enfermedades como los Trastornos alimentarios, y por afectar estos trastornos a una mayoría de jóvenes de sexo femenino, más sensibles a cuestiones estéticas y principal público comprador y lector de estas publicaciones según datos del EGM.

2. La edad: hemos considerado fundamental como elemento diferenciador que las jóvenes cuyos hábitos de lectura vamos a estudiar comprenden la horquilla de edad de catorce a diecinueve años, por ser esta la edad de mayor virulencia de trastornos propios de la adolescencia, y contribuir de una manera más efectiva, la educación y las lecturas, en estos momentos, a formar una determinada personalidad.

3. El tiempo: es básico delimitar la franja temporal para la realización del análisis, en este caso como es una investigación comparativa de dos momentos diferentes, se procederá al análisis de los meses de mayo de 1996 y de 1997.

4. Otras variables: a continuación vamos a determinar algunas de éstas contenidas en el E.G.M. Básicamente la elección del corpus se ha hecho sobre la base de las variables anteriores, aunque realmente existen otras que vienen determinadas por las

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

elegidas y que se han entresacado del E G M, referido a la segunda y tercera ola de 1996, que muestran realmente el perfil sociodemográfico de las personas que vamos a estudiar en este trabajo.

## REVISTAS POR DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1

%	NUEVO VALE	SUPER POP	RAGAZZA
MUJER	82,1	78,2	87,1
14-19 AÑOS	60,4	68,8	58,0
CLASE.SOCIAL: MEDIA	43,2	45,5	48,3
SOLTEROS	84,0	82,8	81,9
EGB/ BACHILLERATO	61,7	67,4	49,4 40,0 COU.
HABITAT: DE 10 A 50 DE 50 A 200	24,6 27,3	25 26,6	22,7 23,4.

Elaboración propia a partir de los datos de E.G.M segunda y tercera oleada 1996

La lectura del cuadro anterior nos presenta el porcentaje de mujeres y de cada variable sociodemográfica, que lee cada una de las revistas propuestas y que como dijimos antes cumplen el requisito de estar controladas por el Estudio General de Medios y ser consumidas en más del 50 % por mujeres. Como vemos se han reproducido las variables más representativas encontradas en el EGM. En estas tres revistas se cumple que en torno al 80% de sus lectores son mujeres de las cuales alrededor del 60% son de catorce a diecinueve años.

En torno al 85% de los lectores son solteras y pertenecen a la clase media en un 40%, estudian principalmente EGB, excepto en el caso de *RAGAZZA*, cuya orientación es más hacia el COU, y que habitan en núcleos de más de cincuenta mil habitantes.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Como hemos visto anteriormente las revistas seleccionadas en función a las variables han sido las que hemos considerado por los datos como más afines al consumo de lectura de estas jóvenes, por tanto **NUEVO VALE, SUPER POP Y RAGAZZA**, teniendo en cuenta que será en el mes de mayo de dos años sucesivos donde nos centraremos a la hora de hacer la investigación de los contenidos.

#### Variables dependientes:

La variación de la publicidad y temas relacionados con las dietas, la moda y la belleza en estas publicaciones. La figura de las jóvenes y percepción de la misma con relación a las exigencias sociales.

#### III.3.3.1.8.8.3 El perfil de los sujetos a estudiar:

Como ya delimitamos al principio, los sujetos de la investigación son mujeres, que además se encuentran entre los catorce a diecinueve años, que no trabajan, correspondientes a una clase social media-media, media-alta, y que viven en núcleos urbanos de diez a cincuenta mil y cincuenta mil a doscientas mil personas. En el análisis de las variables definimos otras variables coincidentes entre las tres publicaciones a analizar, el nivel de estudios, básicamente EGB, BUP y FP, orientada más hacia el COU la revista **RAGAZZA**, aunque no en una proporción significativa.

Según los datos que nos aporta el **Estudio General de Medios** podemos determinar igualmente cual es más particularmente el perfil de los sujetos, respecto de sus hábitos de consumo y su estilo de vida tanto por edad y sexo como particularmente referidos al tipo concreto de publicaciones que leen. Podemos crear un perfil de consumidor distinto para cada revista de entre las elegidas, pues en el EGM existen datos suficientes para hacerlo, pero al estudiarlos, hemos percibido una absoluta coincidencia en el perfil básico de los lectores de "*Nuevo vale*", "*Super Pop*" y "*Ragazza*". Es necesario destacar que los hábitos de lectura de estas revistas son muy altos en esta franja de edad, como ya vimos anteriormente (ver tabla 1)

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Partiendo de los datos del EGM, es posible calcular los **índices de penetración** <sup>37</sup> de estas publicaciones en el target que hemos delimitado en comparación con la penetración en otro sector poblacional.

---

<sup>37</sup> El índice de penetración de las revistas se ha calculado seleccionando en primer lugar las dirigidas al público femenino en más de un 50%, datos recogidos de EGM. Seguidamente se ha seleccionado el porcentaje de la muestra sobre la que se realiza el estudio de EGM, que son mujeres, o sea el 51.3% y el resto hombres. Teniendo en cuenta este porcentaje de mujeres de la muestra se han hallado los índices de penetración de cada revista que superaban el 50% de usuarios femeninos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Tabla 2

<b><u>Índice de penetración</u></b>	<b>EN MUJERES. 53.1%</b>	<b>EN MUJERES. 14-19</b>	<b>20-24 AÑOS</b>
<b>NUEVO VALE</b>	<b>160.03(ÍNDICE)</b>	<b>117,73</b>	25,08
<b>SUPER POP</b>	<b>152,44</b>	<b>134,11</b>	20,85
<b>RAGAZZA</b>	<b>169,79</b>	<b>113,06</b>	37,03
PRONTO 65,2%	127,09	25,73	
MÍA 80,6%			
NUEVO PLUS 69,7%	135,87	31,78	
SPEAK UP 57,6%	112,28	38,20	
FOTOGRAMAS 50,3%	98,05	31,97	
DUNIA 88,2%	171,93	19,69	
COSMOPOLITAN 77,6%	151,27	35,47	
ELLE 81,2%	158,28	26,31	
VOGUE 79,5%	154,98	21,44	
MARIE CLAIRE 82,4 %	160,62	21,44	
TELVA 88,3 %	172,12	11,6	
WOMAN 82,7%	161,20	51,07	
CLARA 84,7%	165,11	19,49	
MI BEBE Y YO 71,2%	138,79	11,5	
SERPADRES HOY 71,1%	138,3	12,0	
CRECER FELIZ 76,8%	149,70	14,81	
TU BEBE 67,6%	131,77	18,5	
TU SALUD 76,4%	148,92	32,94	
INTEGRAL 52,2%	101,75	10,13	
CASA JARDÍN 65,8%	128,26	8,38	
EL MUEBLE 66,2%	129,04	12,6	
ESTILO 65,4%	127,48	12,4	
MI CASA 74,0%	144,24	12,4	
PRIMA 89,3%	174,07	20,6	
BURDA 94,0%	183,2	16,3	



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

PATRONES96,7%	188,4	18,12	
LABORES HOGAR96,6%	188,3	13,45	
IDEAS Y PUNTO97,0%	189,08	14,03	
MI FAMILIA Y YO75,5%	147,17	22,41	
COCINAR HOY86,2%	168.03	15,59	
COMER CADA DIA81,4%	158,6	18,51	

Elaboración propia a partir de los datos del EGM, segunda y tercera oleada, acumulado

En el caso de “*NUEVO VALE*” el índice de penetración entre el público femenino es del 160,03, o sea que existe una penetración muy fuerte de la revista entre los usuarios femeninos muy por encima de la base(100), debido fundamentalmente a que la población más a fin se concentra entre los catorce a diecinueve años, por lo que el índice de penetración correspondiente a la revista “*NUEVO VALE*” en el público femenino comprendido en la horquilla de edad anterior (más pequeñas de catorce años) es 117,73, frente a la penetración entre las mujeres de veinte a veinticuatro años que es de 25,08.

En el caso de “*SUPER POP*” el índice de penetración respecto a la muestra de mujeres de la muestra es de 152,44, como en el caso anterior el índice es muy superior a 100. En el caso de la penetración de la revista en las chicas más pequeñas de catorce años es 134,11 y 20,85 entre mujeres de veinte a veinticuatro años.

En “*RAGAZZA*” el índice frente a la población femenina total es de 169,79, en el caso de penetración en menores de catorce años el índice asciende a 113,06 frente al 37,03 de penetración entre mujeres de veinte a veinticuatro años.

En comparación con el resto de revistas dirigidas al público femenino podemos apreciar en el cuadro que el resto de las publicaciones estudiadas aunque presentan índices muy altos en cuanto a la penetración dentro del público femenino de la muestra, el 51,3%, el índice frente al segmento de la juventud que nos interesa es significativamente menor.

#### III.3.3.1.8.8.4 Especificación del corpus.

Derivándose de lo anterior el corpus a investigar es el siguiente:

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**REVISTAS SEMANALES: "NUEVO VALE"**

Cuatro números de mayo de 1996.

Cuatro números de mayo de 1997

**REVISTA QUINCENAL: "SUPER POP"**

Dos números de mayo de 1996.

Dos números de mayo de 1997.

**REVISTA MENSUAL: "RAGAZZA" :**

Un número de mayo de 1996, más su suplemento especial.

Un número de mayo de 1997, más su suplemento especial.

Se analizarán dieciséis números en cuanto a contenido y publicidad.

**III.3.3.1.8.9 HIPOTESIS DE TRABAJO**

1. La publicidad de la prensa periódica dirigida a mujeres de catorce a diecinueve años es en su mayoría de productos relacionados con el culto al cuerpo.
2. Las modelos fotográficas de los textos analizados son muy delgadas.
3. La imagen de la mujer delgada, mujer triunfadora, está presente como prototipo.
4. Los contenidos de la revista delimitan el tipo de publicidad insertada en ellas.
5. Aumenta en el segundo año los anuncios publicitarios dirigidos al culto al cuerpo.
6. Las jóvenes se interesan por los contenidos sobre dietas y adelgazamiento.
7. Las jóvenes se interesan por los contenidos dirigidos a la belleza corporal.
8. Las jóvenes se interesan por los contenidos dirigidos a la moda.
9. Las jóvenes se interesan por el sexo y las relaciones personales.
10. La frecuencia de repetición de anuncios es muy pequeña.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.8.10. EL MODELO.**

Para proceder al análisis de los textos es necesario presentar un modelo mediante el cual se estructuren los contenidos entresacados y que además ponga en relevancia aquello que nos interesa destacar puesto que puede ser objeto de análisis posterior.

El modelo que hemos construido es la adaptación de uno ya elaborado para el análisis de contenido de textos periodísticos en prensa diaria, que ha sido adaptado eliminando el parámetro que o bien no aparecían en los textos o no eran relevantes para el objetivo de la investigación. También se han cambiado aquellas categorías no afines a los contenidos tratados. La dificultad de analizar numerosos textos exigió además comprimir aquellos elementos de cada ficha que a nuestro juicio no aportaban información relevante.

1. MODELO DE ANALISIS DE CONTENIDO DE LOS RELATOS INFORMATIVOS VISUALES E IMPRESOS. CONTENIDOS DE REVISTAS MENSUALES QUINCENALES Y SEMANALES.

**FICHA 1**

\*NÚMERO

\*FECHA Y DÍA DE LA SEMANA

\*REVISTAS:

*RAGAZZA**SUPER POP**NUEVO VALE***1.INVENTARIO Y PRESENCIA****1.1 INFORMACIÓN SELECCIONADA.**

Enunciados.

**1.2 TÓPICOS DE LA INFORMACIÓN SELECCIONADA.**

Tópico: aquellos rasgos o expresiones que a simple vista nos comunican que son verdades comúnmente aceptadas aunque no se hayan comprobado o sean discutibles.

**1.2.1. TÓPICOS.**

CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

1.2.2. NIVEL DE IMPORTANCIA.

\*PRINCIPAL

\*SECUNDARIO

1.2.3. GRADO DE DEFINICIÓN.

\*EXPLÍCITO.

\*IMPLÍCITO.

1.3 ESPACIOS.

1.3.1. NÚMERO DE PÁGINAS.

1.3.2. NÚMERO DE LÍNEAS.

1.4. PRESENCIA EN PORTADA.

1.5. PRESENCIA EN SUMARIO.

1.6. UBICACIÓN ESTRUCTURAL: como se distribuye el contenido en el texto, párrafos, columnas, aleatorio.

1.7. CONTENIDO Y TRATAMIENTO:

\*CONTENIDO PRINCIPAL

\*CONTENIDO SECUNDARIO

1.8. GENEROS.

\*NOTICIA

\*ENTREVISTA

\*REPORTAJE

\*CRÓNICA

\*EDITORIAL

\*OPINIÓN

\*DRAMATIZADO

1.9. CAMPO TEMÁTICO

Música

Sanidad.

Educación.

Consumo.

Cultura.

Deportes.

Estética.

Consejos.

Entretenimiento.

1.10. ENFOQUE DEL TEMA

Divulgativo.

CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Cultural.

Simbólico.

Referencial.

Publicitario.

1.11.LOCALIZACIÓN

Nacional.

1.12.FUENTE.

**FICHA 2. IMÁGENES.**

2.NARRACIÓN,DESCRIPCIÓN,JERARQUIZACIÓN.

2.1.NARRACIÓN.

2.1.1.ESPACIO:distribución y descripción.

2.1.2.TIEMPO METEOROLÓGICO

2.1.3.ATRIBUTO DE PERSONAJES.

\*FISICOS

\*PSICOLÓGICOS

2.1.4.ACCIONES QUE REALIZAN

2.1.5.OBJETOS QUE APARECEN

2.1.6.INTENSIFICADORES.

**FICHA 3**

3.ATRIBUCIONES DE CAUSAS E INFERENCIAS

3.1.DESTINADOR

3.2.DESTINATARIO

3.3.TEORÍAS: aquello que somos capaces de inferir a primera vista, estímulos e impresiones.

3.4.ATRIBUCION CAUSAL: a quién atribuimos la causa de este contenido

3.3.1. INTENCIONAL

3.3.2. NO INTENCIONAL

3.5.RELACIONES DE CONSECUENCIAS

\*SOCIALES

\*CULTURALES

\*ESTÉTICAS

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

- III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.
- III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.
- III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA
  - III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL
  - III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.
  - III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

\*NO HAY CONSECUENCIAS

### 3.6. RELACIÓN TEMÁTICA CON LA NOTICIA ANTERIOR.

#### RELACIÓN TEMÁTICA CON LA NOTICIA POSTERIOR.

(se puntúa de uno a diez siendo uno el valor de menos relación y diez el valor de más relación)

#### 2. MODELO APLICADO AL ANALISIS DE CONTENIDO DE LOS TEXTOS PUBLICITARIOS

##### I. ESTUDIO DE LA PUBLICIDAD GENERAL:

1. LOCALIZACIÓN. NUMERO Y REVISTA.
2. LAS CATEGORIAS PRESENTES: tipos de anuncios por clases de anunciantes.
3. EL ESPACIO OCUPADO: dedicado a publicidad en el número.

##### II. ANALISIS DE LOS TEXTOS SELECCIONADOS:

1. TEXTO.
  - SENTIDO EXPLÍCITO
  - SENTIDO IMPLÍCITO
2. IMAGEN.
  - DISPOSICIÓN DE LAS FIGURAS EN EL ESPACIO
  - DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO
  - INTENSIFICADORES
  - PROTAGONISTAS
    - +ATRIBUTOS FÍSICOS
    - +ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS
3. SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.9 ANALISIS DE LOS TEXTOS *RAGAZZA***

La primera publicación que hemos analizado, es la revista mensual *RAGAZZA*. correspondiente a los meses de mayo de 1996 y mayo de 1997, ambas publicaciones tenían adosadas en este número un especial para el verano que se ha analizado igualmente con el mismo modelo que para la publicación como tal.

**III.3.3.1.9.1 NÚMERO DE MAYO DE 1996 Y NÚMERO DE MAYO DE 1997****-MAYO DE 1996**

Tiene ciento veintinueve páginas a lo largo de las cuales se desarrollan lo siguientes secciones:

"LA PEÑA QUE ARRASA" pag. 42-50.	Tema: los famosos.
"CUESTIÓN DE ESTILO" pag. 96.	Tema: dietas.
"SEDUCCIÓN FATAL" pag 104-108.	Tema: sexo.
"CON MUCHA MARCHA" pag 54.	Tema : música.
"LOOK FATAL" pag. 68,78,84.	Tema: moda.
"SIEMPRE FIELES".	Tema: varios
(Paparazzi, test, horóscopo, Why, When, Who..., cine, El Muro )	
"HISTORIAS ALUCINANTES. "	Tema: música, moda.

**-MAYO DE 1997**

Tiene 127 páginas que se distribuyen en las secciones siguientes contenidas en el sumario.

"LA PEÑA QUE ARRASA" pag. 9-70	Tema: famosos.
"CON MUCHA MARCHA" pag. 64-66	Tema: música.
"HISTORIAS ALUCINANTES" pag. 74,108,116.	Tema: relatos
"LOOK TOTAL" pag 92.	Tema: moda.
"CUESTION DE ESTILO" pag.106.	Tema: belleza.
"SEDUCCION FATAL"pag 98-102.	Tema: sexo.
"SIEMPRE FIELES"	Tema: varios.
"SUPER CONCURSO GIRL POWER"	

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Si comparamos ambos sumarios, vemos que existen pocas diferencias a nivel de contenidos en las secciones que se respetan en los dos años y la estructura interna de dichas secciones tampoco cambia. En cuanto a la maquetación se ha repetido la ordenación de los textos y las tipografías utilizadas así como el formato a la hora de imprimir y la calidad del papel en cuanto al gramaje, siendo de igual calidad las portadas que el resto de la publicación.

**Público objetivo:** recordamos brevemente que las jóvenes lectoras de esta publicación tienen edades comprendidas entre catorce a diecinueve años que son desenfadadas e interesadas por la música y la vida de sus ídolos musicales y cinematográficos, se preocupan por su aspecto, se interesan por las cuestiones sexuales y en general por todo lo masculino, y sus dudas y complejos rondan en torno a cuestiones relacionadas con su físico, su altura, su peso, también por su popularidad frente al grupo de amigos.

En cuanto al **tratamiento que se da a los test** que aparecen en la revista, tratan temas de popularidad entre los chicos en general (nº de mayo de 1996, TEST: "¿DAS BUEN ROLLO A LOS CHICOS? ") y particularmente de las relaciones de pareja, (nº de mayo de 1997, "¿TIENES DON PARA BESAR? ") el físico y la puesta a punto para el verano (suplemento de RAGAZZA de 1997, "¿LISTA PARA EL BIQUINI?", cuestiones psicológicas personales como la timidez, la provocación (nº de mayo de 1997, "TEST SPICE GIRL: ¿ERES COMO ELLAS? ") la autoestima (nº de mayo de 1996, "¿ERES TU MEJOR AMIGA?")

**La sección dedicada a los horóscopos** tiene una considerable extensión, tanto por su tratamiento como por el espacio dedicado al efecto, se analizan cuestiones no sólo de predicción del futuro, sino de las distintas compatibilidades que existen entre los diferentes signos, el "look" que debes tener según el horóscopo, y como tratar a la pareja.

En general y por lo que se refiere al tratamiento de la **imagen frente al texto** tanto en las revistas como en los suplementos, hay que decir que la imagen es el principal enlace visual de la revista ya desde su portada. En el interior tanto imagen como texto se ordenan desordenadamente entremezclándose como si fueran una sola unidad. No aparecen grandes textos que ocupen varias páginas, extendiéndose como máximo a lo largo de dos, que si van acompañadas de fotografías pueden ser hasta cuatro en la mayoría de los casos. El tratamiento de las imágenes a nivel general es muy



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

dinámico, con bastante calidad en la fotografía. Predomina la imagen femenina en un 60% de la revista y la masculina en un 40% aproximadamente.

En los dos suplementos por el contrario aparecen exclusivamente imágenes femeninas que además están permanentemente en traje de baño, enseñando sus cuerpos delgados, dinámicos, "sexis" y desenfadados.

### III.3.3.1.9.2. LAS PORTADAS DE LA REVISTA. N° DE MAYO DE 1996 Y N° DE MAYO DE 1997. DESCRIPCIÓN

#### -MAYO DE 1996

##### **IMAGEN:**

En primer plano un joven sexi y desenfadado de pelo castaño y ojos azules, que viste camiseta negra, permanece cruzando los brazos delante del cuerpo. En un segundo plano detrás de él aparecen tres chicas rubias de ojos azules, cuya foto está desenfocada y miran al joven del primer plano.

##### **TEXTO:**

La portada recoge los siguientes contenidos desde la parte superior a la inferior.

Nº 79, mes de mayo 1996, precio: 350 ptas y precio en Argentina 5,00 S.

**El nombre: *RAGAZZA a la última*.** La tipografía es la habitual en la publicación y el color es verde.

##### **CONTENIDOS:**

*"JON BON JOVI, SE CONFIESA PARA TI, TAKE THAT, ¿SEPARACIÓN DEFINITIVA?, BRAD PITT, EL GUAPERAS, ENRIQUE IGLESIAS, EL TIERNO, ESTEPHEN BALDWIN, EL CHULO. LEO DI CAPRIO, EL SOÑADOR... ¿CON QUIÉN TE ENROLLARÍAS?. LIGUE EXPRÉS. PLAN DE ATAQUE Y CÁZALE EN SIETE DÍAS. SEXO: LA PRIMERA VEZ. ¡JO, QUÉ NOCHE!. CHICOS: LO QUE PIENSAN DE SUS EX. DIETAS INFALIBLES, EL MILAGRO ANTIGRASA".*

#### -MAYO DE 1997

##### **IMAGEN:**

## CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Foto a toda página de las SPICE GIRLS, ataviadas cada una según su estilo provocador, enfundadas en sus minifaldas y sobre sus enormes plataformas.

La imagen está mezclada entre el texto que destaca por su color amarillo.

**TEXTO:**

Nº 91 de mayo, 1997. Precio: 350 ptas., y en Argentina 5,00 \$

**Nombre de la revista:** *RAGAZZA a la última*. Aparece con la misma tipografía y en color amarillo vivo.

**CONTENIDOS:**

*"LIAN GALLAGHER, DAVID DUCHOVNI, GRANT SHOW, DEAN CAIN... ¿QUIERES SABER QUE HICIERON ANTES DE SER ESTRELLA? "*

*"ENRIQUE IGLESIAS, YO SOY REBELDE".*

*"SPICEMANÍA. CONSIGUE GRATIS LA ROPA DE TU SPICE GIRL FAVORITA. DESCUBRE COMO SE LO MONTAN CON LOS CHICOS."*

*"SEXO: LO QUE ELLOS QUIEREN REALMENTE DE TÍ".*

*"BRAD PITT, FOTOCAÑÓN: SÚPER PÁGINA RECORTABLE".*

En ambas portadas vemos que curiosamente a lo largo de dos años se han repetido contenidos concernientes a Brad Pitt y Enrique Iglesias.

De los textos desarrollados en esta revista se analizarán una selección de los mismos, ocho del año 1996, de los cuales dos responden a los contenidos relacionados con famosos, uno relacionado con las dietas y cuatro de entre los contenidos varios de la publicación. Del año 1997 se han elegido cinco en total, dos de contenido relacionado con los famosos, y tres relacionados con los asuntos varios de la revista.

La selección no se ha llevado a cabo aleatoriamente pero tampoco se han respetado todas las secciones que aparecen en el sumario sino que se han tenido en cuenta los objetivos de la presente investigación.

**III.3.3.1.9.3. LOS SUPLEMENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA REVISTA.**  
**SUPLEMENTO DE MAYO DE 1996 Y SUPLEMENTO DE MAYO DE 1997**

**-MAYO DE 1996**

Consta de 50 páginas que se reparten en el sumario de la siguiente manera:

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

"TU MISMA"  
"ACCION MUTANTE"  
"POR TU CARA BONITA"  
"EN MARCHA"  
"CURVA PELIGROSA"  
"SACA PECHO"  
"DESPIDE LA CELULITIS"  
"PIERNAS DE LOCURA"  
"TRASEROS EN ALZA"  
"VAMOS A LA PLAYA.

-MAYO DE 1997

Aquí encontramos lo siguiente, en un total de 50 páginas:

El sumario contiene los siguientes puntos:

"¿ESTÁS A TOPE PARA LUCIR BIQUINI?"  
"DIETA PARA GLOTONAS"  
"HOLIDAY GYM"  
"CON FLÚOR ACTIVO"  
"POR LA CARA"  
"TÓMATELO A PECHO"  
"BLACK & WHITE"  
"TRIPA PIÉRDETE"  
"CULETE DE CINE"  
"ÁNDALE , ÁNDALE"  
"A MENOS DE 6000"  
"SÁCATE PARTIDO"  
"LOOK ASIMÉTRICO"  
"¿QUÉ ME PONGO? "  
"LA NUEVA OLA"

III.3.3.1.9.4. LA PORTADA DEL SUPLEMENTO DE MAYO DE 1996 Y DEL  
SUPLEMENTO DE MAYO DE 1997

-MAYO DE 1996

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**IMAGEN:**

Aparece una chica joven, pelo rubio, con gafas de sol y biquini, se aprecia su extrema delgadez y la ausencia de formas femeninas, hace una mueca a la cámara con los labios. El fondo de la imagen es una playa de la que sólo vemos la arena y el cielo azul.

**TEXTO:**

Nº79 mayo de 1996. SUPLEMENTO.

**Nombre:** *RAGAZZA. Especial Belleza + Baño*. Aparece con la tipografía habitual en color rosa brillante ácido.

Se encuentran los siguientes contenidos dedicados exclusivamente al cuidado de la línea y el cuerpo.

"PLAN RENOVE".

"CULO DURO".

"PIERNAS DELGADAS".

"TRIPA PLANA".

"PECHO FIRME".

"CELULITIS FUERA".

"BAÑADORES SEXIS ¡Y QUE ALUCINEN! "

**-MAYO DE 1997****IMAGEN:**

Aparecen dos jóvenes mujeres, una rubia y otra morena, que están en traje de baño, una de ellas está recostada sobre la espalda de la otra.

**TEXTO:**

Nº 91 de mayo de 1997. SUPLEMENTO.

El nombre de la revista es *RAGAZZA. Especial Belleza + Baño*. Aparece con la tipografía habitual en color rosa fucsia.

**CONTENIDOS:**

"5 KGS MENOS (SIN PASAR)".

"¿LISTA PARA EL BIQUINI? "

"TOMA MEDIDAS".

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

"SACA PECHO".

"ELIMINA MICHELINES".

"REDUCE CULETE. ESTILIZA PIERNAS. ".

"Y ATRÉVETE CON LOS BAÑADORES MÁS ATÓMICOS".

En los suplementos, el contenido de imágenes es mayor al texto en ambos años, distribuyéndose de la siguiente manera homogéneamente: texto, y cada tres o cuatro textos con su respectiva foto se extiende un reportaje fotográfico de trajes de baño con unas modelos excesivamente delgadas en la mayoría de los casos en ambientes paradisíacos. La presencia masculina está reducida al mínimo y cuando aparece es puramente anecdótica.

Existe diferencia entre las modelos del año 1996 y las del 1997, en el año más antiguo las chicas son más delgadas que en el más reciente, donde a pesar de ser estilizadas no rayan en lo esquelético. Abundan igualmente las mujeres rubias y de raza blanca, aunque en el suplemento de 1997, aparecen varias fotos de una modelo de color.

La selección de los textos en el caso de los suplementos se ha hecho de acuerdo con el criterio principal de la investigación, la imagen de la mujer. En este caso y teniendo en cuenta la afinidad total de los textos de estos suplementos con el objeto, se ha procedido al análisis exhaustivo de todos ellos.

### III.3.3.1.9.5. REVISTA RAGAZZA. N° MAYO DE 1996

#### TEXTOS SELECCIONADOS

ENUNCIADO: "WHAT",

ENUNCIADO. "WHERE"

ENUNCIADO. "WHY"

ENUNCIADO. "¿QUÉ PIBA?" (Valeria Mazza)

ENUNCIADO: "FASHION"

ENUNCIADO. "KATE WINSLET"

ENUNCIADO: "QUIEN PIERDE GANA.5 KG MENOS EN DOS SEMANAS"

ENUNCIADO: "ERES TU MEJOR AMIGA"

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.9.5.1. TOPICOS:**

Se consideran tópicos, aquellas verdades o mentiras no comprobadas explícitamente y que son de la opinión general de todos. En esta revista hemos entresacado los siguientes para darnos cuenta de los ideales e intereses que se barajan y convencen a nuestros jóvenes.

1. Ser una chica moderna, en línea con la revista, supone que hay que saber que es lo que está de moda y lo que está pasado para no desentonar con el grupo, ya que hay que estar siempre al día, y a veces para “no aburrirnos”, hay ir de compras, cotillear... como comportamientos estereotipados femeninos.

2. Ser joven significa, sentirse atraído por cantantes favoritos, por la fiebre del reciclaje, por el medio ambiente y/o la destrucción del mismo. Por otra parte la revista enseña que todos debemos aprender a confiar en sí mismos, y poder descubrir nuestra propia personalidad, para ser populares.

3. Ser modelo es, poder sentirse joven y guapa y conseguir todo lo que se proponga, por esto las modelos e incluso algunas jóvenes estrellas de Hollywood, son la mayor aspiración de las adolescentes que leen la revista.

4. Perder peso es triunfar: la pérdida milagrosa de peso a través de dietas siempre parece ser la salida más efectiva y rápida para poder aspirar a los sueños.

**III.3.3.1.9.5.2 TEORÍAS Y CONSECUENCIAS.**

Las teorías que se pueden entresacar y que conforman el panorama ambiental de nuestros jóvenes son:

La moda es una mezcla de tendencias pasadas en más o menos medida, que resultan atractivas y revolucionarias para llamar la atención. Las nuevas tendencias y cosas para realizar y divertirse, marcan la pauta de comportamiento que la nueva juventud necesita para sentirse únicos pero dentro de un grupo que les exige unos patrones de comportamiento.

Las revistas se acercan a lo que sus lectores opinan y piensan, y las modelos son el ejemplo a seguir para las adolescentes, por esto la revista se acerca a

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

los prototipos más deseados preguntando lo que a sus lectores interesa, dando la idea de que todas las modelos y actrices famosas, llegaron arriba desde la nada y que todos nosotros, con un poco (o mucho) de esfuerzo, podemos lograr nuestra autosuperación personal. También las actrices aparecen representadas para reflejar el ejemplo de la mujer de los noventa, independiente, desafiante y triunfadora.

Las revistas proponen dietas que no eran revisadas por los médicos pero ahora tienden a informar sobre menús equilibrados, a pesar de esto no se tienen en cuenta las diferentes complexiones. Se sigue dando importancia al estar delgado ("Quién pierde gana"). En algunos casos hay que hacer notar que existen acotaciones sobre la anorexia, del tipo: "delgada que no anoréxica".

Los juegos de test, aunque se supone que sirven para conocerse a sí mismo realmente están puestos de manera que no creen insatisfacción a nadie.

Las atribuciones causales, se resumen en que la causa de los argumentos y teorías que se muestran dependen directamente del sometimiento al grupo social y de la necesidad de llegar a conocerse y descubrir que uno es como el ideal. De ahí surge la preocupación por el culto al cuerpo, presentando consecuentemente efectos de tipo social, estético y de salud.

III.3.3.1.9.6 REVISTA RAGAZZA. N° MAYO DE 1997

ENUNCIADO "WHAT"

ENUNCIADO "EN LA CAMA CON SPICE GIRLS"

ENUNCIADO "CREETELO TU PUEDES SER LA MODELO RAGAZZA"

ENUNCIADO "TANDIE NEWTON"

ENUNCIADO "TEST SPICE GIRLS: ¿ERES COMO ELLAS?"

ENUNCIADO "DAS BUEN ROLLO A LOS CHICOS"

III.3.3.1.9.6.1. TOPICOS:

1. La identificación con personajes, no permite triunfar: ante la reciente y ya pasada "moda spice", se desató un tópico y una fuerte tendencia a ser como ellas pero además perfectas, como condición para tener éxito y ligar. Ser como una "spice" era como ser perfecta y responder al prototipo del éxito.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

2. Un tópico falso que aparece en esta revista es el de creer que con tesón puedes hacerte como quieras, que cualquiera puede ser modelo y tener la oportunidad de aspirar a lo que otras han aspirado siendo gente normal, del mismo modo otro tópico que se presenta es que cualquier mujer puede triunfar en el mundo de las estrellas, aunque sólo algunas lo consigan.

3. Las revistas fomentan que hay que ser delgada para ser aceptada y popular ante los chicos, hay que tener unas características físicas y personales adecuadas que respondan al prototipo de chica para todo, divertida, delgada, guapa, popular.

**III.3.3.1.9.6.2. TEORÍAS Y CONSECUENCIAS**

1. La moda "spice" consiguió crear una fiebre alrededor de ellas, se convirtieron en modelo a seguir por las jóvenes quinceañeras o incluso más pequeñas, han conseguido desplegar su propio estilo y desencadenar un marketing de productos alrededor de ellas de enorme aceptación, como modelo ideal de aspiración personal, tanto física como psicológica.

2. Otra consecuencia de este número es que para ser una chica diez, no sólo hay que ser guapa y simpática, se infiere que deben tener unas determinadas medidas que en la mayoría de los casos se alejan del prototipo de lo que es hoy en día una chica normal. Las secciones de trucos de belleza interesan a las jóvenes, aunque en este caso parezca asociarse la belleza a las modelos de extrema delgadez.

3. En ocasiones a través de un test se intenta analizar a los jóvenes para que se den cuenta entre otros temas de sus limitaciones y descubrir si soy una persona que encaja o no en el mundo masculino o femenino, intentando hacernos conscientes de las propias limitaciones.

Atribución causal: se le atribuye la causa de los textos al grupo social y a las modas, entre ellas las musicales desencadenadas alrededor del fenómeno "spice", y las estéticas. Las consecuencias pueden llegar a ser de tipo social, referentes a la moda y cuerpo, por tanto a la salud.



CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.9.7. SUPLEMENTO DE LA REVISTA *RAGAZZA*. N° MAYO 1996 Y N° DE MAYO DE 1997**

- **MAYO DE 1996.**

ENUNCIADO: "TÚ MISMA", ACTIVA, POSITIVA, A TOPE.

ENUNCIADO: ¡DATE EL CAMBIAZO! DISTINTA SEXI ¡IMPRESIONANTE!

ENUNCIADO: "CARA A CARA, GUAPA, NATURAL, PLAYERA, FRESCA"

ENUNCIADO: "¡ANDA YA! EN FORMA, AGIL, ¡SIN ESFUERZO!"

ENUNCIADO: "TRIPA A RAYA. LISA, DURA Y SIN PROBLEMAS"

ENUNCIADO: "SACA PECHO: SUGERENTE, SENSUAL, DE VERTIGO"

ENUNCIADO: "CELULITIS NO GRACIAS, SUAVE, FIRME Y CON TIPAZO"

ENUNCIADO. "PAREJA DE ASES"

ENUNCIADO. "PONTE FIRME"

**III.3.3.1.9.7.1. MAYO 1996. TOPICOS:**

1.El tópico de la perfección con poco esfuerzo aparece en la revista, claro que para ello la naturaleza debe haberte regalado una complexión que permita conseguir esas metas.

2. Otro tópico de la publicación es que la perfección es solamente física: hay que tener piernas delgadas, ser sexi, cabello sano, cintura de avispa, un culo firme, la piel morena que está de moda, la tripa plana (en contra de la fisonomía femenina que exige un vientre curvo), nada de celulitis (uno de los complejos mayores de la mujer), ningún vello (habla muy mal de la mujer que lo enseña), todo esto convierte a la vida diaria una gimnasia dura y estresante para ser atractiva. Por otro lado la revista defiende que las partes más femeninas de la mujer necesitan cuidados, porque lo importante no es el tamaño de los senos o los muslos, sino lo bien cuidados que estén y para ello es mejor prevenir.

**III.3.3.1.9.7.2. MAYO 1996. TEORIAS.**

La autoestima facilita el éxito, ya que el cuerpo no es perfecto, hay que sacarle partido a los defectos. Los cuidados del cuerpo en general, no sólo los masajes

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

facilitan la belleza corporal, pero aunque sea preferible tener una piernas sanas que excesivamente delgadas, “porque unas piernas sanas son siempre bonitas”, o que tanto tener demasiado trasero, como poco es antiestético, siempre habrá que tener un cuerpo perfecto para ser aceptadas y para ello hay que machacar cada zona hasta conseguirlo, y así el éxito dependerá del partido que le saques a tu físico.

Otra de las consecuencias que se extraen es que divirtiéndose uno adelgaza, aunque para ello haya que estar pendiente siempre de las calorías que se pierden, para luego darnos cuenta crudamente que los abdominales y la dieta aunque nos pese son la única solución, ya que no es posible ser guapas sin tener un cuerpo perfecto.

Atribución causal: se le atribuye la causa de los textos al grupo social y a la preocupación por el culto al cuerpo, las consecuencias igualmente son de tipo social, estéticas y psicológicas en cuanto al tema de la autoestima y la confianza en uno mismo para las jóvenes adolescentes.

- MAYO DE 1997

ENUNCIADO. "¿LISTA PARA EL BIQUINI?"

ENUNCIADO. "HOLIDAY GIM"

ENUNCIADO. "POR LA CARA"

ENUNCIADO: "TÓMATELO A PECHO"

ENUNCIADO. "TRIPA PIÉRDETE"

ENUNCIADO. "ASI TE QUIERO VER"

ENUNCIADO. "ÁNDALE, ÁNDALE"

III.3.3.1.9.7.3. MAYO 1997. TOPICOS:

1. El tópico previo al verano es la necesidad de enseñar perfección para estar a la altura, la llegada del estío avisa que hay que cuidarse, porque el biquini está de moda y lo que enseñas debe ser perfecto. Por esto si uno tiene algún kilo de más debe perder los que le sobran, de tres en tres o de cinco en cinco, para que se note. Pero si además se puede tener pechos grandes, tripa plana (los michelines están mal vistos), muslos lisos según el canon de belleza, piernas siempre estilizadas y delgadas etc, entonces ya puedo decir que estoy preparada para el buen tiempo.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

III.3.3.1.9.7.4. MAYO 1997. TEORIAS.

Cuando llega el verano estamos obligados a observarnos a darnos cuenta de las imperfecciones de nuestros cuerpos y a tomar decisiones drásticas a veces, mediante dietas drásticas, que es lo primero que aparece en las revistas, alguna página que obliga a tomar partido ante lo imperfecto que somos o que nos hacen ver. Te presentan en ocasiones, una dieta apetitosa que te incita a adelgazar y de la misma manera te avisa de los peligros de las dietas. Se pretende que el ejercicio sea un hábito diario desde ir al gimnasio hasta en el día a día, concepción global del ejercicio físico, lo que ayuda a alimentar la obsesión del estar siempre quemando calorías.

Es necesario sacar partido de lo que uno tiene, lo importante no es tener una talla determinada sino que se esté proporcionado, para lo cual los cuidados de algunas partes del cuerpo exigen una dedicación diaria. En general parece que lo que supone el consuelo para los que no son tan favorecidos por la naturaleza, se consigue alimentando esfuerzo y obsesiones por estar bien antes de la fecha tope, el día de ponerse el bañador.

III.3.3.1.10 ANÁLISIS DE LOS TEXTOS *NUEVO VALE*.CONSIDERACIONES PREVIAS

Esta es la segunda publicación que vamos a analizar, en este caso se trata de una revista semanal. Tendremos en cuenta ocho números correspondientes a los meses de mayo y/o junio de los años 1996 y 1997.

III.3.3.1.10.1. NÚMERO DEL 11 DE MAYO DE 1996

Contiene 63 páginas con las siguientes secciones:

1. **FAMOSOS:** "ANTONIO BANDERAS", pag. 2,3. "JON BON JOVI" pag. 8,9. "RICHARD GERE", pag. 12,13. "STING", pag. 26. "JASON DE TAKE THAT". Pag.39. "KEVIN COSTNER" pag. 50.

2. **BELLEZA:** "SACA EL MÁXIMO PARTIDO DE TU CUERPO". Pag. 11, "BELLEZA: ACNÉ: VAYAMOS AL GRANO". Pag. 18,2.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

3. **HISTORIAS DE AMOR:** "CORAZÓN ABIERTO (MI PRINCIPE AZUL) " pag. 8,9. "MI GRAN HISTORIA DE AMOR", pag. 62. "EL AMOR ESTÁ EN TUS MANOS", pag 58,59. "SEGUNDO AMOR". Pag. 38.

4. **SEXUALIDAD:** "SEXUALIDAD (ANOREXIA SEXUAL) ", pag. 24,29. "ESPECIAL PAREJAS", pag. 34. "HABLA EL GINECOLOGO", pag. 36. "MI PRIMERA VEZ". Pag. 46.

5. **CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "SÉ TÚ LA CHICA DE SU VIDA". Pag.13. "¡A LIGAR!. QUE TE TRATE COMO A UNA REINA". Pag.14, 15. "CHICOS, ASI PIENSAN DE SUS TÉCNICAS DE SEDUCCIÓN". Paga. 30,31.

6. **VARIOS:** "POSTER". Pag. 10,32,33. "MUSICA". Pag. 40,43. "DOSSIER", pag. 37,39. "HABLANDO DE. ". Pag. 48,49. "HORÓSCOPO". pag.52, 55. " NOTICIAS". Pag. 56,67. "NO TE CORTES". Pag. 63. "PREGÚNTASELO A CLARA". Pag. 47.

#### III.3.3.1.10.2. NÚMERO DEL 18 DE MAYO DE 1996

Consta de 63 páginas a lo largo de las cuales se desarrollan las siguientes secciones presentes en sumario:

1. **FAMOSOS:** "JOHNNY DEPP (INGRESADO DE URGENCIA: ESTÁ ENFERMO DEL CORAZÓN)" pag. 2,3. "ANDREW SHUE (DRAMÁTICA INFANCIA: VI MORIR A MI HERMANO) " pag. 6,7. " TOM CRUISE" pag. 11. "PATRICK SWAYZE", pag. 22. "SERGIO DALMA". Pag. 44,45.

2. **BELLEZA:** "BELLEZA, DESCUBRE TU CUERPO AL SOL pag. 18,21 "

3. **HISTORIAS DE AMOR:** "CORAZÓN ABIERTO (AMOR DE PELÍCULA) " pag. 8,9. 10 "MANERAS DEFINITIVAS DE SUPERAR UNA RUPTURA", pag. 16,17. " MI GRAN HISTORIA DE AMOR". Pag. 62. " EL AMOR ESTÁ EN TUS MANOS". Pag. 58,59. "SEGUNDO AMOR". Pag. 50.

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

4. **SEXUALIDAD:** "SUPERTEST ¿ERES SEXI?", Pag. 12.  
 "SEXUALIDAD(LOS 10 MANDAMIENTOS DEL SEXO)" pag. 24,29. "ESPECIAL PAREJAS". Pag. 34. "HABLA EL GINECOLOGO", pag. 36. "MI PRIMERA VEZ", pag. 46.

5. **CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "SÉ TÚ LA CHICA DE SU VIDA", pag.13. "¡A LIGAR!. DESINHÍBETE ¡COMPLEJOS FUERA!", pag.14, 15. "CHICOS, ASI PIENSAN DE LAS RELLENITAS". Pag. 30,31.

6. **VARIOS:** "POSTER". Pag.10, 32,33. "MUSICA". Pag. 40,43. "DOSSIER". Pag.37, 39. "HABLANDO DE..." pag.48, 49. "HORÓSCOPO" pag.52, 55. "NOTICIAS", pag. 56,67. "NO TE CORTES". Pag. 63. "PREGÚNTASELO A CLARA". Pag. 47.

III.3.3.1.10. 3. NÚMERO DEL 25 DE MAYO DE 1996

Contiene 63 páginas con las siguientes secciones:

1. **FAMOSOS:** ANTONIO BANDERAS pag. 2,3. JON BON JOVI pag. 12,13. RICHARD GERE. Pag. 8. LEONARDO DI CAPRIO. Pag. 26.ROBBIE DE TAKE THAT. Pag. 39.

2. **BELLEZA:** pag.18, 21.

3. **HISTORIAS DE AMOR:** "CORAZÓN ABIERTO (UN AMOR IMPOSIBLE)" pag. 17,18. "MI GRAN HISTORIA DE AMOR". Pag. 30. "SEGUNDO AMOR." Pag. 38.

4. **SEXUALIDAD:** "SEXUALIDAD". Pag. 40,45. "ESPECIAL PAREJAS" pag. 36,37. "HABLA EL GINECOLOGO", pag. 36. "MI PRIMERA VEZ". Pag. 46. "EL AMOR ESTÁ EN TUS MANOS. VIRGEN PARA ÉL". Pag. 62,63

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

5. **CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "SÉ TÚ LA MÁS SEXI", pag. 13. "¡A LIGAR! DESTÁDATE TU NO ERES DEL MONTÓN", 14,15. "CHICOS, ASI PIENSAN DE LOS COMPLEJOS". Pag. 30,3.

6. **VARIOS:** "POSTER", pag.10, 32,33. "MUSICA". pag.40, 43. "DOSSIER", pag. 37,39. "HABLANDO DE. ". Pag. 48,49. "HORÓSCOPO". Pag. 52,55. "NOTICIAS". Pag. 56,67. "NO TE CORTES". Pag. 63. "PREGÚNTASELO A CLARA", pag. 47.

III.3.3.1.10.4. NÚMERO DEL 1 DE JUNIO DE 1996

Contiene 63 páginas con las siguientes secciones:

1. **FAMOSOS:** "ALEJANDRO SANZ", pag. 2,3. "ENRIQUE IGLESIAS", pag. 8,9. "ANTONIO BANDERAS", pag. 12,13. "EROS RAMAZZOTTI", pag. 26. "KEANU REEVES", pag. 39. "TOM CRUISE", pag. 50.

2. **BELLEZA:** "EN FORMA PARA EL VERANO", pag.16, 19.

3. **HISTORIAS DE AMOR:** "CORAZÓN ABIERTO (AMISTAD Y SEDUCCION) " pag. 8,9. "MI GRAN HISTORIA DE AMOR, SABER ESPERAR VALE LA PENA", pag. 62. "EL AMOR ESTÁ EN TUS MANOS", pag. 58,59. "SEGUNDO AMOR, MIEDO A VOLVER A AMAR". Pag.38.

4. **SEXUALIDAD:** "SEXUALIDAD(anticonceptivos, COSA DE DOS)", pag. 24,29. "ESPECIAL PAREJAS", pag.34. "HABLA EL GINECOLOGO", pag. 36. "MI PRIMERA VEZ, MI QUERIDO PROFE", pag.46.

5. **SEDUCCIÓN:**"RÓBALE EL CORAZON", pag.13. "¡A LIGAR! ROMPE EL HIELO PASANDO DE TÓPICOS",pag. 14,15. "CHICOS, ASI PIENSAN DE SU FUTURO", pag 30,31.

6. **VARIOS:** "POSTER", pag. 10,2,33. "MUSICA", pag. 40,43. "DOSSIER", pag. 37,39. "HABLANDO DE ", pag 48,49. "HORÓSCOPO", pag. 52,55. "NOTICIAS", pag. 56,67 "NO TE CORTES",pag. 63 "PREGÚNTASELO A CLARA", pag. 47.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.10.5. CONCLUSIONES PARCIALES. 1996.**

1. La publicación es de carácter desenfadado y atrevido, desde nuestro punto de vista, los contenidos no están de acuerdo con el público al que se dirige, puesto que se tratan aspectos de temas sexuales de manera poco adecuada para la edad de las jóvenes que leen esta revista.

2. Como vemos, en todas las publicaciones de 1996, analizadas las secciones se mantienen dando siempre la prioridad a los contenidos de las historias relacionadas con los famosos, la sexualidad y la seducción, menor presencia tiene lo relacionado con la belleza, y es muy importante destacar como las historias personales tienen peso específico, las experiencias personales principalmente sexuales, y las cuestiones planteadas en la sección de consultorio son variopintas, aunque con preferencia por temas de tipo sexual mal tratado para las jóvenes, con cuestiones como "¿Soy una viciosa?", "¿A las chicas les gusta que le hagan el sexo oral?", "¿Disminuye el deseo la marcha atrás?"; en contraste con cuestiones inocentes al máximo como por ejemplo "Quiero ser modelo pero no tengo suficiente altura" o por ejemplo, "él me mira mucho, estará interesado por mí" o "quiero volver con él".

3. En cuanto al peso de la imagen frente al texto hay que decir que es mayor el texto, aunque la imagen tiene mucha importancia. Las fotografías utilizadas, sobre todo las de la parte de sexualidad, por ejemplo en el número del once de mayo de 1996, en que aparecen unas fotos del desnudo de Antonio Banderas, parecen más propias de una revista para adultos.

**III.3.3.1.10.6. LAS PORTADAS DE LAS REVISTAS DE 1996****Nº 11 DE MAYO DE 1996****DESCRIPCIÓN****Imagen:**

Aparece ocupando la mayor parte de la portada la foto de Antonio Banderas y en pequeño la de Richard Gere y la de Jon Bon Jovi.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

- III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.
- III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.
- III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA
  - III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL
  - III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.
  - III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Texto:**

En la cabecera el nombre: *NUEVO VALE*, el nº 875. 11 de mayo de 1996. P.V.P Canarias 95 ptas. A la derecha el precio en España: 80 ptas.

**Contenidos:**

*"¡¡¡ESCANDALO!!! LAS FOTOS DESNUDO DE ANTONIO BANDERAS".*

*"JON BON JOVI, AHORA MODELO DE PASARELA"*

*"RICHARD GERE, SE CASA DE NUEVO".*

*"SEXUALIDAD. CUANDO NO TIENES GANAS, SOLUCIONES... "*

*"POSTER, ROBBIE WILLIAMS"*

Las tipografías son diferentes y en distintos colores para destacar, el color del fondo que predomina es el negro y las letras tienen tonos fluorescentes, principalmente los grandes titulares.

**Nº 18 DE MAYO DE 1996****Imagen:**

Aparece la figura de JONNY DEPP, bajo fondo blanco, ocupando la zona derecha de la página.

**Texto:**

En la cabecera el nombre *NUEVO VALE*, el nº 876. 18 de mayo de 1996. P.V.P Canarias 95 ptas. A la derecha el precio en España: 80 ptas.

**Contenidos:**

*"JOHNNY DEPP. INGRESADO DE URGENCIA, ENFERMO DEL CORAZÓN".*

*"ANDREW SHUE. DRAMÁTICA INFANCIA: VI MORIR A MI HERMANO"*

*"PATRICK SWAYZE ¡¡¡ SE CONVIERTE EN MUJER!!!"*

*"SEXO LOS DIEZ MANDAMIENTOS: SÉ GENIAL EN LA CAMA."*

*"POSTER: SERGIO DALMA. TOM CRUISE."*

**Nº 25 DE MAYO DE 1996****Imagen:**



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Vuelve a repetirse la figura de Antonio Banderas sonriente, sobre fondo negro. En la parte inferior izquierda una foto pequeña de Bon Jovi.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 877. 25 de mayo de 1996. P.V.P Canarias 95 ptas. A la derecha el precio en España: 80 ptas.

**Contenidos:**

*"BANDERAS ¡BODA RELÁMPAGO!. EN LONDRES Y EN SECRETO."*

*"JON BON JOVI, ASI SERÁ SU GIRA POR ESPAÑA. CONCIERTOS."*

*"LEONARDO DI CAPRIO DESCUBRIMOS A SU NOVIA."*

*"COMO SER UNA CHICA SUPER SEXI."*

*"POSTER DE GRANT SHOW,RICHARD GERE".*

**Nº 1 DE JUNIO DE 1996****Imagen:**

Aparece Alejandro Sanz sobre fondo negro.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 878. 1 de junio de 1996. P.V.P Canarias 95 ptas. A la derecha el precio en España: 80 ptas.

**Contenidos:**

*"ALEJANDRO SANZ. FOTOS DEL PRIMER CONCIERTO DE SU GIRA."*

*"¡LOS PILLAMOS! ENRIQUE IGLESIAS CON SU NOVIA MEJICANA."*

*"ESPECIAL. LOS MÁS GUAPOS DE LA TELE".*

*"¡A LIGAR! 1 SECRETOS PARA ROMPER EL HIELO"*

*"POSTER. ALEJANDRO SANZ."*

La selección de textos, no se hará aleatoriamente aunque no se respetarán todas las secciones, sino que se adaptarán al objeto de la investigación, que es el tratamiento y contenido de la revista dirigida a jóvenes de catorce a diecinueve años y principalmente como es la utilización de la imagen femenina y de las inquietudes de este público directamente relacionado con su integridad física y psicológica tanto en los contenidos como en la publicidad.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.11. ANALISIS DE LOS TEXTOS *NUEVO VALE* 1997.**  
**CONSIDERACIONES PREVIAS**

La revista ha cambiado en este año de formato, el precio aumentó a 100 ptas, aumentó la calidad del papel, la calidad de la maquetación y la presentación de los contenidos, aunque las secciones se mantenían en su mayoría. La cabecera es la misma que en los años anteriores se usan tonos y colores más vivos y alegres.

En la parte izquierda de la cabecera aparece la siguiente leyenda “**publicación no indicada para menores**”, aunque el target real según el E.G.M es mujeres de catorce a diecinueve años.

**III.3.3.1.11.1. REVISTA *NUEVO VALE* Nº 10 DE MAYO DE 1997**

Contiene 65 páginas con las siguientes secciones:

**FAMOSOS:** “*TOM CRUISE*”.Pag. 2,3, “*DRAD PITT*”,pag. 6,8, “*JON BON JOVI*”, pag. 36,37. “*LUKE PERRY*”, pag. 57, “*ENRIQUE IGLESIAS*”, pag. 44,45.

**BELLEZA:** “*MACHACA LA CELULITIS COMIENDO*”. Pag. 38,41.

**SALUD:** PAG 58

**HISTORIAS DE AMOR:** “*AMAR DE NUEVO*”, pag 9. “*MI GRAN DESMADRE*”, pag. 50. “*TESTIMONIO: AMO A UNA MUJER 14 AÑOS MAYOR QUE YO*”, pag 54,56. “*MI GRAN HISTORIA DE AMOR*”, pag. 62.

**SEXUALIDAD:** “*SEXUALIDAD(EL ORGASMO)*”, pag.46,49. “*MI PRIMERA VEZ*”, pag.24.

**CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** “*¡A LIGAR!* ”, pag.26.27. “*NO TE CORTES*”, pag.26.

**VARIOS:** “*POSTER*”,pag 10,32,33. “*MUSICA*”, pag. 40,43. “*CONSULTORIO*”, pag. 65. “*HABLANDO DE...* ”, pag. 48,49. “*HORÓSCOPO*”, pag. 52,55. “*ACTUALIDAD*”.Pag. 10,13. “*PREGÚNTALE A ENMA*”, pag. 51. “*PREGÚNTASELO A CLARA*”, pag.43.

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.11.2 REVISTA NUEVO VALE. N° 17 DE MAYO DE 1997**

Consta de 65 páginas que desarrollan las siguientes secciones presentes:

**FAMOSOS:** "SPICE GIRLS", pag. 2,4. "MARCUS SCHENKENBERG", pag. 10,11. "BRAD PITT", pag. 16,17. "KEANU REEVES", pag. 33. "GRANT SHOW", pag. 40,41. "JOHNATHAN SCHAECH", pag. 22,23.

**BELLEZA:** "BELLEZA, STRECHING", pag. 54,58.

**SALUD:** PAG 59

**HISTORIAS DE AMOR:** "MI GRAN HISTORIA DE AMOR", pag. 6. "MI GRAN DESMADRE", pag. 6. "TESTIMONIO", pag. 48,49.

**SEXUALIDAD:** "SEXUALIDAD( SEXO SIN AMOR, COMO SE COME)", pag. 42,45. "MI PRIMERA VEZ", pag. 46.

**CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "¡A LIGAR! ", pag. 26,27. "VALE CONTIGO", pag. 50,51.

**VARIOS:** "POSTER", pag. 10,32,. "MUSICA" pag. 40,43. "ACTUALIDAD" pag. 12,15. "HORÓSCOPO", pag. 52,55. "GENERACIÓN", pag. 21,24,25., "PREGÚNTALE A ENMA", pag. 47. "PREGÚNTASELO A CLARA", pag. 18. "PIZZEROS", pag. 36,38.

**III.3.3.1.11.3 REVISTA NUEVO VALE. N° 24 DE MAYO DE 1997**

Contiene 65 páginas con las siguientes secciones:

**FAMOSOS:** "DAVID CHARVET", pag. 2,3. "LAS SPICES", pag. 9,11. "BRAD PITT", pag. 20,21. "MARK OWEN", pag. 31. "JASON PRISTLEY", pag. 57. "JONNY DEPP", pag. 51.

**BELLEZA:** "HAZ QUE TU DIETA SEA UN ÉXITO", pag. 46,49.

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**HISTORIAS DE AMOR:** "AMAR DE NUEVO", pag. 6. "MI GRAN HISTORIA DE AMOR", pag. 58.

**SEXUALIDAD:** pag. 24, 29. "MI PRIMERA VEZ", pag. 56.

**CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "¡A LIGAR! TU MEJOR AMIGA, TU PEOR ENEMIGA", pag. 44,45. "NO TE CORTES", pag. 8.

**VARIOS:** "POSTER", pag. 10,32,33. "MUSICA", pag. 40,43. "DOSSIER", pag. 37,39. "PREGÚNTALE A ENMA", pag. 48,49. "HORÓSCOPO", pag. 52,55. "ACTUALIDAD", pag. 12,15. "NO TE CORTES", pag. 63. "PREGÚNTASELO A CLARA", pag. 47.

III.3.3.1.11.4 REVISTA NUEVO VALE. N° 31 DE MAYO DE 1997

Contiene 65 páginas con las siguientes secciones:

**FAMOSOS:** "DAVID DUCHOVNI", pag. 2,3. "BRAD PITT", pag. 6,7. "PATRICK SWAYZE", pag. 10,11. "ENRIQUE IGLESIAS", pag. 46,47. "RICKY MARTIN Y VALERIA MAZZA", pag. 42,43. "SILVESTER STALLONE", pag. 29. "JOAQUÍN Y NAOMI", pag. 31. "MARK VAN DER LOO", pag. 32,33. "EDUARDO NORIEGA", pag. 53.

**BELLEZA:** "BRONCEATÉ", pag. 48,51.

**HISTORIAS DE AMOR:** "MI GRAN HISTORIA DE AMOR, HAMBURGUESAS CON CORAZÓN". pag. 8. "AMAR DE NUEVO", pag. 58. "TESTIMONIO", pag. 54,56.

**SEXUALIDAD:** "SEXUALIDAD", pag. 20,23. "MI PRIMERA VEZ, MI SUEÑO", pag. 30.

**CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "¡A LIGAR! MENTIRAS DE AMOR", pag. 44,45.

**VARIOS:** "POSTER", pag. 10,32,33. "MUSICA" pag. 40,43. "DOSSIER", pag. 37,39. "PREGÚNTASELO A ENMA", pag. 24. "HORÓSCOPO", pag. 52,55.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

"ACTUALIDAD", pag. 56,67. "NO TE CORTES", pag. 63. "PREGÚNTASELO A CLARA", pag. 47.

### III.3.3.1.11.5 CONCLUSIONES PARCIALES

Algunos puntos en común:

1.Como vemos en todas las publicaciones de 1997 analizadas, las secciones se mantienen, dando siempre la prioridad a los contenidos de las historias relacionadas con los famosos y en menor medida que en los números de 1996, los temas de sexualidad y seducción, aumentando la importancia de temas como actualidad, consultorios...

2.Disminuye la presencia de temas relacionados con la belleza.

3.Las historias personales, que cuentan experiencias propias, tienen peso específico en la revista.

4.En cuanto al estilo de la publicación tanto a nivel de contenido como a nivel físico los números en 1997 tienen un formato mayor que los de 1996, y de mayor calidad.

5.Publico objetivo: el público al que se dirige la revista es a jóvenes de catorce a diecinueve años según los datos recogidos del EGM. La publicación es de carácter desenfadado y los contenidos de temas sexuales son tratados de manera poco adecuada. Tienen especial importancia las experiencias personales principalmente sexuales, y las cuestiones planteadas en la sección de consultorio.

6.A modo de comentario sobre las fotografías utilizadas decir que están más cuidadas que en el año anterior, tanto al utilizar los modelos como en la disposición de los actores que aparecen en ellas, siendo menos provocativas.

### III.3.3.1.12 PORTADAS DE LAS REVISTAS 1997

#### Nº10 DE MAYO DE 1997

#### **DESCRIPCIÓN**

**Imagen:**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Aparece ocupando la mayor parte de la portada la foto de Brad Pitt.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 927. 10 de mayo de 1997. P.V.P Canarias 115 ptas. (publicación no indicada para menores) A la derecha el precio en España: 100 ptas.

**Contenidos:**

*"BRAD PITT. ASI SERÁ MI BODA".*

*"¡ESCANDALO! TOM CRUISE TODO SOBRE SU SUPUESTO HIJO".*

*"GERI ATERRORIZADA. UN MANÍACO LA PERSIGUE".*

*"SEXUALIDAD: ORGASMO ¿QUÉ SE SIENTE EXACTAMENTE?"*

*"SUPERTEST: ¿QUÉ SPICE GIRL LLEVAS DENTRO?"*

Las tipografías son diferentes para destacar titulares y en distintos colores, el color del fondo que predomina es el azul y las letras tienen tonos fluorescentes principalmente los grandes titulares.

**Nº17 DE MAYO DE 1997****Imagen:**

Aparece la figura de MARCUS SCHENKENBERG, EL NUEVO AMOR DE ESTEFANÍA, bajo fondo negro.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 928 17 de mayo de 1997. P.V.P Canarias 115 ptas. A la derecha el precio en España: 100 ptas.

**Contenidos:**

*"SPICE GIRLS. Así fueron sus juergas en Bali".*

*"ESPECIAL-PIZZEROS, GUAPOS A TU SERVICIO: SUS ANÉCDOTAS".*

*"MARCUS SCHENKENBERG EL NUEVO AMOR DE ESTEFANÍA."*

**Nº 24 DE MAYO DE 1997****Imagen:**

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Foto de las Spice Girls. Sus locuras con Carlos de Inglaterra

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 929 de 24 de mayo de 1997. P.V.P Canarias 115 ptas. A la derecha el precio en España: 100 ptas.

**Contenidos:**

"LAS SPICE GIRLS, SU LOCURA CON CARLOS DE INGLATERRA."

"ENRIQUE IGLESIAS SE LIGA A MISS UNIVERSO"

"CONOCE CÓMO VIVE BRAD PITT: FOTOGRAFIAMOS SU CASA."

"SEXUALIDAD: ¿QUÉ HACER CUANDO ÉL "NO PUEDE"?"

**Nº31 DE MAYO DE 1997**

**Imagen:**

Aparece Brad Pitt.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO VALE*, el nº 930 31 de mayo de 1997. P.V.P Canarias 115 ptas. A la derecha el precio en España: 100 ptas.

**Contenidos:**

"SPICE GIRLS LANZAN 2 NUEVOS DISCOS".

"RICKY MARTIN DE NUEVO CON VALERIA MAZZA."

"MARK VAN DER LOO.¡ESTUVIMOS CON ÉL!"

"BRAD PITT SU BODA EN PELIGRO: GWYNETH SE VE CON OTRO".

"SEXUALIDAD: CÓMO PROVOCAR SU PASIÓN."

**III.3.3.1.13 REVISTA *NUEVO VALE* N° 11 DE MAYO DE 1996**

La selección de textos, se adaptará al objeto de la investigación, que es el tratamiento de los contenidos de revistas dirigidas a jóvenes.

ENUNCIADO: "SACA EL MAXIMO PARTIDO A TU CUERPO"

ENUNCIADO: "QUE TE TRATE COMO A UNA REINA"

ENUNCIADO: "ANOREXIA SEXUAL"

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.13.1 TOPICOS:**

Algunos de los tópicos destacados en esta revista son:

Todos debemos concienciarnos de que hay que sacarle partido al propio cuerpo, aunque sea igualmente necesario descubrir nuestra propia personalidad, debemos esforzarnos en demostrar que queremos ser lo primero para los demás, pareja, amigos.

Por otra parte el sexo es el estímulo por despertar en la adolescencia que todos se esfuerzan en descubrir y para lo cual la información de las revistas van encaminadas.

**III.3.3.1.13.2 TEORIAS:**

Hay que aceptarse, y saber combinar el cuerpo y la ropa para sacar el máximo partido posible, ya que lo fundamental es el conocimiento de uno mismo. Se da más importancia al amor para cuidar a la vez del bienestar emocional. Aunque en las relaciones de pareja suele darse importancia a los sentimientos, esta publicación se orienta también hacia las relaciones sexuales independientemente del mor.

Atribución causal: se le atribuye la causa del texto al grupo social y a la necesidad de llegar a conocerse y descubrir que uno no es como el ideal. Se centra la revista en áreas como el sexo, aunque por supuesto incluso para disfrutar de éste, la preocupación por el físico y la estética estén siempre presentes.

**III.3.3.1.14. REVISTA NUEVO VALE N ° 18 DE MAYO DE 1996. TEXTOS SELECCIONADOS**

ENUNCIADO: “**DESINHÍBETE:¡COMPLEJOS FUERA!**”

ENUNCIADO: “**¡CHICOS! ASI PIENSAN DE LAS RELLENITAS.**

**III.3.3.1.14.1 TOPICOS**

En esta revista la orientación es más hacia la satisfacción de relaciones con los demás que a la de satisfacer la percepción del propio cuerpo. Algunas líneas de desarrollo son, que la perfección no existe, por lo que es mejor comportarse como uno



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

mismo es en realidad y así tendremos más posibilidades de triunfar. No merece la pena enfermar gravemente por un complejo, de tipo físico o psicológico, si eso te impide desarrollarte como persona.

**III.3.3.1.14.2 TEORIAS:**

Lo importante es la persona, y en general la armonía de cuerpo y mente es mejor que la delgadez, se le atribuye la causa del texto al grupo social, a las exigencias sociales, de formas y comportamientos.

**III.3.3.1.15 REVISTA *NUEVO VALE*. N° 25 MAYO DE 1996**

ENUNCIADO: “**ESTA PRIMAVERA CÓMETE EL MUNDO**”.

ENUNCIADO: “**¡CHICOS! ASI PIENSAN DE LOS COMPLEJOS**”.

**III.3.3.1.15.1 TOPICOS**

1.Los hombres no se acomplejan tanto como las mujeres, porque ellos no se someten al juicio de los ojos femeninos, de la misma manera que las mujeres se someten al juicio masculino.

2.El cuidado de la amistad es importante sobre todo en la adolescencia, los adolescentes valoran la pertenencia al grupo más que otros valores o elementos de la relación con los demás.

**III.3.3.1.15.2 TEORIAS**

La importancia de tener amigos está relacionado con la capacidad de ser uno mismo. Los hombres se acomplejan menos que las mujeres en términos generales, aunque en la actualidad los varones tienden a acomplejarse más, ya que se están uniendo a la lucha por la aceptación en la que hasta ahora estaba embarcada solamente la mujer.

**III.3.3.1.16 REVISTA *NUEVO VALE*. N° 1 DE JUNIO DE 1996**

ENUNCIADO: “**MI PRIMERA VEZ MI QUERIDO PROFE**”.

ENUNCIADO: “**A CORAZÓN ABIERTO. AMISTAD Y SEDUCCIÓN**”.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.16.1. TOPICOS**

El sexo cuando uno es muy joven, va unido a los cambios que experimenta el cuerpo, y al deseo más que a la capacidad de ejercer una sexualidad plena. Las relaciones no convencionales y pasionales suelen ser ficticias y emocionalmente dolorosas para las personas.

**III.3.3.1.16.2. TEORIAS**

Atribución causal: se le atribuye la causa del texto al grupo social y a la necesidad de comportarse a veces no de acuerdo con la edad que uno tiene, para estar a la altura de las pasiones y de los deseos y triunfar socialmente a través de la experimentación de nuevas sensaciones, e identificarse así con el grupo.

**III.3.3.1.17. REVISTA NUEVO VALE. N° 10 MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS**

ENUNCIADO: “PAMELA ANDERSON AL DESNUDO”

ENUNCIADO: “¡SIN VERGÜENZA! ¿Y QUÉ?”

ENUNCIADO: “BELLEZA CONSULTORIO. MODA”

**III.3.3.1.17.1 TOPICOS:**

En este número parece que la defensa de la delgadez empieza a dejar de ser interesante, porque la mujer está dejando de preocuparse por ser el centro de las miradas por su cuerpo y empezando a tomar sus propias decisiones.

**III.3.3.1.17.2. TEORIAS**

La imagen casi anoréxica en la mujer ya no resulta atractiva a los hombres.

La mujer debe ser espontánea, decisiva y autosuficiente como el hombre para parecerse a él y evitar caer en la marginación machista.

El físico es muy importante y la ropa si puede mejorar, realzar o disimular, también juega un papel fundamental en la vida de las jóvenes.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.18 REVISTA *NUEVO VALE*. N° 17 MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS**ENUNCIADO: “**PLATAFÓRMATE**”ENUNCIADO: “**SIENTO VERGÜENZA DE MI CUERPO**”**III.3.3.1.18.1 TOPICOS**

El tópico general de estar a la moda para estar ubicados en la sociedad genera la adaptación al fenómeno de la moda, y a la adaptación a los fenómenos pasajeros como el efímero fenómeno de las Spice Girls.

**III.3.3.1.18.2. TEORIAS:**

Nos obligamos en copiar la identidad en el vestir e incluso en la manera de comportarnos de las estrellas, olvidando que lo importante es la diferenciación y la riqueza de la autonomía personal.

**III.3.3.1.19 REVISTA *NUEVO VALE*. N° 24 MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS**ENUNCIADO: “**FUEGO Y AGUA**”.ENUNCIADO: “**DE QUE HABLAN ELLOS CUANDO ESTAN SOLOS**”.**III.3.3.1.19.1 TOPICOS**

Uno de los tópicos que se presentan en estos textos es el de vivir relaciones pasionales, interpretándolas como si la pasión impidiera vivir el amor con plenitud. Es más importante encontrar una relación no pasional y estable que una relación violenta.

Otro de los tópicos es que los hombres sólo se preocupan de la mujer para criticar su belleza sin apreciar su inteligencia.

**III.3.3.1.19.2 TEORIAS:**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Los hombres no se preocupan sólo de la apariencia, pero a veces hablar de la belleza interior está mal visto y en el caso de los hombres hablar de dicha belleza es símbolo de afeminamiento o al menos poco masculino.

### **III.3.3.1.20 REVISTA *NUEVO VALE*. N° 30 DE MAYO 1997.TEXTOS SELECCIONADOS**

ENUNCIADO: “FUERA DUDAS, EN QUE CONSISTE EL PRESERVATIVO FEMENINO”.

ENUNCIADO: “SPICE GIRLS TODO SOBRE SUS DOS NUEVOS DISCOS”.

#### **III.3.3.1.20.1 TOPICOS.**

En cuanto a lo que se refiere a sexualidad, los tópicos son muchos y sin base real, la mayoría de ellos que aparecen en este número son debidos al desconocimiento sobre las cuestiones de tipo sexual.

Las Spice, con su efímero éxito, han recreado un prototipo de mujer que ha generado nuevos tópicos de imitación, que afortunadamente pasaron rápidamente.

#### **III.3.3.1.20.2 TEORÍAS.**

Las teorías que se derivan de estos textos se relacionan con aspectos de la sexualidad, donde se queda claro que las relaciones sexuales son cosa de dos y que la anticoncepción también lo es.

Otra de las teorías generales respecto al fenómeno "fan" es que tanto las Spice, como cualquier estrella de moda, generaron el fenómeno artificial de seguimiento para las jóvenes de hoy, que forma parte de la actitud y el comportamiento de las adolescentes.

#### **III.3.3.1.21.CONCLUSIONES PARTICULARES**

Como vemos en todas las publicaciones de 1997 analizadas, las secciones se mantienen dando siempre la prioridad a los contenidos de las historias relacionadas

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

con los famosos y en menor medida los temas de seducción, aumentando la importancia de temas como actualidad, consultorios... menor presencia tiene lo relacionado con la belleza.

### **III.3.3.1.22 ANALISIS DE LOS TEXTOS *SUPER POP*. CONSIDERACIONES PREVIAS DE LA REVISTA**

Esta es la tercera publicación que vamos a analizar, en este caso se trata de una revista quincenal. El análisis será de cuatro números correspondientes a los meses de mayo de 1996 y 1997.

#### **NÚMERO 474 DE MAYO DE 1996.**

Contiene 72 páginas con las siguientes secciones:

**1. FAMOSOS:** "ALEX JAMES", "JON BRANDIS", "GEORGE MICHAEL", "TAKE THAT", "ENRIQUE IGLESIAS", "ALEJANDRO SANZ.... "

**2. BELLEZA:** "CHICA TOP, NI UN PELO DE MAS", pag. 52. "NO PROBLEM", pag. 64.

**3. HISTORIAS DE AMOR:** "MI HISTORIA HECHA RELATO", pag. 50

**4.CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "LOCA, SEXI, ENROLLADA...! ALUCINARÁN! ", pag. 565.

**5.VARIOS:** "CHU LIN. MORIR DE AMOR", pag. 54. "HORÓSCOPO", 66. "NOTICIAS", pag. 68. "POP SECRET", pag. 62. "SORTEO, TEST, PREGUNTA LO QUE QUIERAS", pag. 41. "POSTER", pag. 37,38.

#### **NÚMERO 475 DE MAYO DE 1996.**

Consta de 73 páginas a lo largo de las cuales se desarrollan las siguientes secciones presentes en sumario:

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**1. FAMOSOS:** "KEANU REEVES", pag. 2 "BRAD PITT", pag. 6. "JOHNNY DEEP", pag. 12. "TAKE THAT", pag. 14. "JON BON JOVI", pag. 18. "ENRIQUE IGLESIAS", pag. 28. "ALEJANDRO SANZ", pag. 42. "LEO DI CAPRIO", pag. 46...

**2. BELLEZA:** "CHICA TOP, NO TE PASES NI UN KILO", pag. 60. "NO PROBLEM", pag. 66.

**3. HISTORIAS DE AMOR:** "MI HISTORIA HECHA RELATO", pag. 31

**4. CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "CHICOS LA CHISPA DE SU VIDA" pag. 56. "ELLOS SON ASI LA CHICA IDEAL", pag. 50.

**5.VARIOS:** "POSTER, HORÓSCOPO", pag. 68. "NOTICIAS", pag. 70. "PREGÚNTA LO QUE QUIERAS" pag. 26. "TEST", pag. 32. "POP SECRET", pag. 58.

Nº 500 DE MAYO DE 1997.

La revista ha cambiado muy poco en este año, el formato y precio, se mantuvieron, así como la calidad del papel, la maquetación y la presentación de los contenidos. Las secciones eran las mismas en su mayoría, con algunas innovaciones en la presentación del sumario.

El número de páginas se redujo a sesenta y seis en estos números de 1997.

**1. FAMOSOS:** "LEO DI CAPRIO", pag. 8. "BRAD PITT", pag. 18. "LAURA PAUSINI", pag. 28. "GARY BARLOW", pag. 30. "SPICE GIRLS", pag. 42. "MARK OWEN", pag. 48

**2. HISTORIAS DE AMOR:** "MI HISTORIA HECHA RELATO", pag. 32. MI PRIMERA VEZ, pag. 24.

**3. CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "CINCUENTA MANERAS PARA CONQUISTARLO", pag. 54.

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**4. VARIOS:** "POSTER", pag. 33,34. "HORÓSCOPO", pag. 60. "NOTICIAS", pag. 62. "TEST", pag. 26. "PREGUNTA LO QUE QUIERAS", pag. 16. "POP SECRET", pag. 10.

**Nº 501 DE MAYO DE 1997**

Consta de 66 páginas a lo largo de las cuales se desarrollan las siguientes secciones presentes en sumario:

**1. FAMOSOS:** "SPICE GIRLS", pag. 4. "BRAD PITT", pag. 40. "EDU", pag. 16. "MARK OWEN", pag. 30, "NO DOUBT", pag. 28. "BLUR", pag. 42.

**2. HISTORIAS DE AMOR:** "MI HISTORIA HECHA RELATO".

**3. CONQUISTA Y SEDUCCIÓN:** "LETRAS DE PASIÓN", pag. 54.

**4.VARIOS:** "POSTER", pag. 33,34. "HORÓSCOPO", pag. 58. "NOTICIAS", pag. 60. "NO PROBLEM", pag. 52. "BUSCO, COMPRO, CAMBIO, VENDO", pag. 66. "PREGUNTA LO QUE QUIERAS", pag. 10. "POP SECRET", pag. 22.

**III.3.3.1.22.1.LAS PORTADAS DE LOS NUMEROS DE 1996 Y 1997**

**Nº 474 DE MAYO DE 1996**

**Imagen:**

Aparece ocupando la mayor parte de la portada la foto de Mark Owen y en pequeño la foto de Take That y Brad Pitt.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista NUEVO SUPER POP, el nº 474 de mayo de 1996. P.V.P 275 (IVA INCLUIDO) Canarias 300 ptas. A LA VENTA LUNES SÍ, LUNES NO.

**Contenidos:**

"OBSEQUIO EXCLUSIVO EL COLGANTE DE MARK OWEN", "TAKE THAT.1X1 NOS CUENTAN SUS MEJORES MOMENTOS JUNTOS". "BRAD PITT

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*QUIEREN HUNDIRME", "NO ME PERDONAN QUE SEA REBELDE". "¡PREESTRENO! JON BRANDIS, ASÍ LO VEREMOS EN SU PRIMERA PELÍCULA".*

**Nº 475 DE MAYO DE 1996**

**Imagen:**

Aparece únicamente la figura de uno de los componentes de TAKE THAT.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista NUEVO SUPER POP. nº 472 de mayo de 1996. P.V.P 275 (IVA INCLUIDO) Canarias 300 ptas. A LA VENTA LUNES SÍ LUNES NO.

**Contenidos:**

*"OBSEQUIO DE NUEVE SUPER POSTERS". "TAKE THAT ¡SE UNIRÁN DE NUEVO! ELLOS LO AFIRMAN". "ALEJANDRO SANZ, GUÍA DE TODA SU GIRA POR ESPAÑA". "BRAD PITT LAS LOCURAS DE SU ÚLTIMO RODAJE". "ESPECIAL ADELGAZAR". "DIETAS SUPER FÁCILES. VEINTE TRUCOS ANTI-KILOS".*

**Nº 500 DE MAYO DE 1997**

**Imagen:**

Aparece ocupando la mayor parte de la portada la foto de Nick Carter, vestido de forma deportiva.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista NUEVO SUPER POP, el nº 500 de mayo de 1997. P.V.P 275 (IVA INCLUIDO) Canarias 300 ptas. A LA VENTA LUNES SÍ, LUNES NO.

**Contenidos:**

*"NICK CARTER, DESCUBRIMOS SU TIERNO Y SECRETO AMOR". "ESPECIAL SPICE GIRLS CUARENTA Y OCHO HORAS DE LOCURA Y DESMADRE EN BALI". "¡EXCLUSIVA! LA AVENTURA MÁS PELIGROSA DE BRAD PITT ¡EL TE LA CUENTA¡". "POSTERS: SPICE GIRLS EN BALI Y BACK STREET BOYS". "FANTÁSTICOS OBSEQUIOS CARPETA + SUPLEMENTO ESPECIAL DE BACK STREET BOYS+ ADHESIVOS"*



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Nº 501 DE MAYO DE 1997****Imagen:**

Aparece la foto de los BACKSTREET BOYS bajo fondo blanco, en actitud desenfadada sujetan en sus brazos a Nick Carter.

**Texto:**

En la cabecera el nombre de la revista *NUEVO SUPER POP*, el nº 501 de mayo de 1997. P.V.P 275 (IVA INCLUIDO) Canarias 300 ptas. A LA VENTA LUNES SÍ, LUNES NO. VALE, el nº 928. 17 de mayo de 1997. P.V.P Canarias 115 ptas.

**Contenidos:**

"SPICE GIRLS SUPER DESMADRADAS EN LA PRESENTACIÓN DE SU PELÍCULA". "ESPECIAL BACKSTREET BOYS, ESTUVIMOS CON ELLOS DE COMPRAS EN MONTREAL Y NUEVA YORK". "PÓSTERS DE NICK CARTER Y NO BOUBT". "OBSEQUIO EL TALISMÁN MÁGICO QUE CAMBIA DE COLOR + 2º CAPÍTULO COLECCIONABLE BSB". "MARK OWEN Y EL AMOR ¡DESCUBRE SUS SECRETOS! "

**III.3.3.1.23 REVISTA SUPERPOP. Nº 474 DE MAYO DE 1996. TEXTOS SELECCIONADOS.**

La selección de textos, no se hará aleatoriamente, sino que se adaptarán al objeto de la investigación, que es el tratamiento y contenido de revistas dirigidas a jóvenes y principalmente como es la utilización de la imagen femenina y de las inquietudes de este público directamente relacionados con su integridad física y psicológica.

ENUNCIADO: "ENRIQUE IGLESIAS. CERCA DEL CORAZÓN.

ENUNCIADO: "LA CHICA IDEAL"

ENUNCIADO: "NO TE PASES NI UN KILO"

**III.3.3.1.23.1 TOPICOS:**

1.Las chicas idealizan a sus cantantes de moda, como seres románticos y sensibles, amables, naturales, lo que contribuye a la idealización de los mismos.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

2.No existe mujer ideal salvo al gusto de cada uno, por lo que si existiera no sería igual para todos los hombres.

3.El tema de los kilos sigue atenazando en las lecturas de las jovencitas.

**III.3.3.1.23.2 TEORIAS:**

Es un mito la idealización de las personas famosas, lo que se pretende es enriquecer el fenómeno fan.

Las dietas milagrosas adaptadas para todos los gustos no son eficaces tanto si te permiten comer alimentos prohibidos como si no.

**III.3.3.1.24 REVISTA *SUPER POP*. N° 475 DE MAYO DE 1996.TEXTOS SELECCIONADOS**

ENUNCIADO: “**CHU LIN. MORIR DE AMOR**”

ENUNCIADO: “**POP SECRET**”

**III.3.3.1.24.1 TOPICOS**

Las cuestiones sexuales son la preocupación de las adolescentes.

En este número además surge otro tipo de aspiraciones hacia los animales que desencadenan conductas de protección y cuidado del medio ambiente.

**III.3.3.1.24.2 TEORIAS:**

Los reportajes de animales empiezan a presentarse en este tipo de revistas, directamente relacionados con la conciencia ecológica de la juventud.

Aunque las preocupaciones centrales siguen estando alrededor de temas musicales y sexuales, ya que es en la adolescencia cuando los chicos y chicas empiezan a cuestionarse asuntos de tipo sexual, que la revista intenta contestar.

**III.3.3.1.25. N° 500 DE MAYO DE 1997.TEXTOS SELECCIONADOS**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

ENUNCIADO: “**ENRÓLLATE**”ENUNCIADO: “**¡EXCLUSIVA, EXCLUSIVA, LAURA PAUSINI DETRÁS  
DEL ESCENARIO!**”ENUNCIADO: “**NO PROBLEM**”III.3.3.1.25.1 TOPICOS:

La orientación al fenómeno "fan" es protagonista de estas revistas, las mujeres cantantes, también tienen presencia en estas publicaciones a pesar de que en su mayoría se hable de chicos, actores, músicos, porque las lectoras son especialmente mujeres.

III.3.3.1.25.2 TEORIAS:

Las adolescentes se sienten escuchadas cuando la revista les publica sus pequeñas historias y anécdotas.

Las mujeres cantantes son objeto del fenómeno "fan" también entre las adolescentes, aunque mucho más son los hombres, por los que las chicas enloquecen.

III.3.3.1.26 REVISTA *SUPER POP* N° 501 DE MAYO DE 1997. TEXTOS SELECCIONADOSENUNCIADO: “**SPICE QUESTION**”ENUNCIADO: “**LEO DI CAPRIO, MISTERIO A BORDO**”III.3.3.1.26.1 TOPICOS:

Las Spice siguen apareciendo como prototipo de mujeres rebeldes y liberales como respuesta para todas las manifestaciones de comportamiento en la vida.

III.3.3.1.26.2 TEORIAS

La necesidad de identificación y de relación con unos ídolos es un elemento de la juventud muy de acuerdo con su edad y sus aspiraciones, también los temas de cine gustan a este público aunque siempre en menor medida que la música.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.27 REVISTA SUPERPOP. CONCLUSIONES PARTICULARES**

1. La publicación es de carácter desenfadado y marcadamente musical. Como vemos en las dos publicaciones de 1996 analizadas, las secciones se mantienen dando siempre la prioridad a los contenidos relacionados con los famosos y cantantes.

2. Se percibe la menor presencia de temas sexuales, apareciendo solamente dos relatos relacionados con la seducción, ningún relato de sexualidad aunque sí aparecen contenidas en la sección POP SECRET, algunas preguntas referidas a este tema, que por otro lado no dejan de ser comentarios y dudas más inocentes que sexuales.

3. Tampoco aparecen notablemente temas relacionados con la belleza y las historias personales.

4. **Público objetivo:** el público al que se dirige la revista es a jóvenes de catorce a diecinueve años según los datos recogidos del EGM, jóvenes que son "fans" de sus ídolos y de sus cantantes y actores de cine, jovencitas que tienen empapelada su habitación de pósters y que incluso guardan alguna prenda de ellos recogida de algún concierto, asisten a los mismos, se preocupan por su aspecto y por gustar a los chicos.

5. Tienen poca importancia las experiencias personales principalmente las sexuales.

6. Las cuestiones planteadas en la sección de consultorio, aunque con preferencia por temas de tipo sexual afectivo no están fuera de tono.

7. En cuanto al peso de la imagen frente al texto hay que decir que se inclina por la imagen insertada de famosos y cantantes.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.28 LOS TEXTOS PUBLICITARIOS SELECCIONADOS**

A continuación se reproduce el análisis de algunos anuncios, para ver el tipo de publicidad que se presenta en estas publicaciones en el deseo de explicar el alcance de los medios impresos en las percepciones de los jóvenes para valorar y descubrir los temas e intereses que les rodean.

**III.3.3.1.28.1. ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD. REVISTA *RAGAZZA*. N° MAYO DE 1996**

En primer lugar, se ha realizado un análisis general de la publicidad de las revistas para pasar después a un análisis más exhaustivo de algunos anuncios seleccionados, a los que se le aplica el mismo modelo que a los contenidos textuales.

Aparecen en este número treinta y siete anuncios de publicidad propiamente dicha que se distribuyen homogéneamente a lo largo de la revista.

**1. ESPACIO OCUPADO:**

ANUNCIOS DE UNA PAGINA: 26

ANUNCIOS DE PÁGINA DOBLE: 7

ANUNCIOS DE MEDIA PAGINA O FRACCIÓN: 4

**2. LAS CATEGORÍAS:**

La publicidad se distribuye así:

ANUNCIOS DE ROPA Y VAQUEROS: 7

ANUNCIOS DE PERFUME: 9

ANUNCIOS DE COSMÉTICA: 4

ANUNCIOS DE COMIDA: 1

ANUNCIOS DE HIGIENE PERSONAL FEMENINA: 2

ANUNCIOS DE ESTUDIOS/FORMACIÓN: 4

ANUNCIOS DE VEHÍCULOS: 1

ANUNCIOS DE TABACO: 1

ANUNCIOS DE BEBIDA: 2

CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

ANUNCIOS DE MATERIAL FOTOGRÁFICO: 1

ANUNCIOS DE OCIO/RECREO: 2

ANUNCIOS DE COMPLEMENTOS (RELOJES GAFAS...): 4

Los lugares preferentes en la revista lo ocupan las siguientes marcas:

**Interior de portada:** SWATCH.

**Contraportada:** LOU LOU de CACHAREL.

**Interior de Contraportada:** BALLENTINE`S

III.3.3.1.28.2. ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD REVISTA *RAGAZZA*. N°  
MAYO DE 1997

En este número la publicidad se presenta con un total de cuarenta y tres anuncios.

**1. ESPACIO OCUPADO :**

Una página: 34 anuncios

Doble página: 5 anuncios

Media página o fracción: 4 anuncios

**2. LAS CATEGORÍAS**

Tenemos las siguientes:

ANUNCIOS DE PERFUME: 7

ANUNCIOS DE COSMÉTICA: 2

ANUNCIOS DE BEBIDA: 2

ANUNCIOS DE ROPA: 11

ANUNCIOS DE TABACO: 3

ANUNCIOS DE COMPLEMENTOS: 7

ANUNCIOS DE CONCURSO: 1

ANUNCIOS DE COMIDAS: 1

ANUNCIOS DE VEHICULOS: 1

ANUNCIOS DE HIGIENE: 1

ANUNCIOS DE FÁRMACOS: 1

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

ANUNCIOS DE CONCURSOS: 1  
 ANUNCIOS DE MATERIAL DE FOTOGRAFIA: 1  
 ANUNCIOS DE LIBROS: 1  
 ANUNCIOS DE CINE: 2  
 ANUNCIOS DE FORMACIÓN: 1  
 ANUNCIOS DE OCIO: 1

En cuanto a los lugares privilegiados, los detentan las siguientes marcas:

**Interior de portada:** SMIRNOFF.  
**Interior de contraportada:** LACOSTE.  
**Contraportada:** EDEN DE CACHAREL.

**III.3.3.1.28.3. SUPLEMENTO DE REVISTA *RAGAZZA*. N° MAYO DE 1996 Y N° MAYO 1997**

**N° MAYO DE 1996**

Aparece un anuncio en el interior de portada de la marca ELLE.

**N° MAYO DE 1997**

Aparece en el interior de portada, una página doble de la marca EVAX, seguido de una página sencilla de la marca ELLE publicaciones. Interior de contraportada: QUO, contraportada: RAY-BAN.

**III.3.3.1.28.4 CONCLUSIONES PARCIALES.**

1.A parte de lo ya comentado puntualmente percibimos una presencia notable de anuncios de **perfumes y ropa**, seguidos de los **cosméticos y complementos** de notable presencia en el año 1997.

2.Algunas firmas repiten dentro del mismo número su publicidad: Cómplices (ropa), El Corte Inglés, Don Algodón, Kenzo, Pepe Jeans.

3.Las marcas que repiten su presencia en los dos años son Elle, Pepe Jeans, Don Algodón, Evax, Fleur D'eau de Rochas, que además sigue en la misma línea creativa como Pepe Jeans, Don Algodón y Evax.

## CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

4. En el año 1997 se ve que ha habido un incremento de publicidad respecto al año 1996, también en el suplemento que acompaña a la revista.

5. Es mínima la presencia de bebidas alcohólicas y tabaco, además no coinciden las marcas anunciadas un año y otro, en 1996 se anunció WINSTON, y en 1997 aparecen WEST y FORTUNA.

6. En el año 1997 se han reducido las dobles páginas aprovechando el espacio de la revista de manera distinta y repitiendo el mismo anuncio en distinta posición y página simple para aumentar así los impactos.

7. Adelantamos que no existe ningún anuncio en estas revistas que guarde alguna relación con alimentos light o productos adelgazantes.

8. El tratamiento de la imagen de las modelos publicitarias no es diferente al resto de las modelos fotográficas que aparecen en la revista.

#### III.3.3.1.28.5 TEXTOS PUBLICITARIOS REVISTA *RAGAZZA*. N° MAYO '96

Se han elegido cuatro anuncios correspondientes a las categorías más abundantes, desechándose de entrada aquellos anuncios donde no apareciera la imagen femenina. El modelo aplicado es el mismo usado en el análisis de los textos con alguna variación, pero se respeta la división imagen y texto para el análisis.

#### **ANUNCIO 1: PEPE JEANS**

#### **ANUNCIO 2: perfume FLEUR D'EAU. ROCHAS.**

#### **ANUNCIO 3: DON ALGODÓN**

#### **ANUNCIO 4: LA MODA DE LAS TOP-MODELS EN EXCLUSIVA PARA EL CORTE INGLÉS. ELITE MODELS FASHION.**

#### III.3.3.1.28.5.1. ANUNCIO 1: PEPE JEANS

**TEXTO: EAL PEOPLE WEAR. REAL. PEPE JEANS. LONDON.**

La traducción es "la gente auténtica lleva los auténticos Pepe Jeans"



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

En este texto se comunican dos ideas fundamentales para la marca.

**Sentido explícito:** la primera es la defensa de la firma que denuncia la existencia de vaqueros "Pepe" falsos que se comercializan.

**Sentido implícito y simbólico:** la gente auténtica, verdadera, que no es falsa, ni se engaña, es la que lleva los auténticos Pepe, de no ser así podría ser tachado dentro de grupo de pertenencia.

### IMAGEN:

**DISPOSICIÓN y DESCRIPCIÓN:** a la izquierda aparece la protagonista en plano medio no mirando a la cámara. A la derecha foto pequeña de la misma protagonista sentada en una silla con las piernas cruzadas.

**Intensificadores:** se usan las tonalidades azules del color de la ropa vaquera y en menor medida el amarillo para destacar la marca en la derecha.

### PROTAGONISTA:

Aspectos físicos: chica adolescente de entre quince y dieciocho años, vestida con ropa vaquera y deportiva, pelo liso y corto, delgada, casi masculina.

Aspectos psicológicos: chica ingenua desenfadada y resuelta, adolescente.

### SENTIDO:

Podríamos decir que este anuncio es simbólico, en el que aparece un rincón de la vida de una joven adolescente, en el que se recrea la marca.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.28.5.2. ANUNCIO 2: perfume FLEUR D'EAU. ROCHAS.**

**TEXTO:** Fleur D'Eau ROCHAS

**Sentido explícito:** aparece simplemente la marca, suponemos que no tienen más que decir por el prestigio de la marca.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** una página a la derecha de la revista, al fondo una cara de mujer y sobre impresa encima la misma mujer de cuerpo entero; a la izquierda el frasco de perfume.

**Intensificadores:** superposición de imágenes, ambiente simbólico.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: mujer joven, rubia de aspecto delicado, ojos azules expresivos, femenina aunque muy delgada, viste un traje rosa en consonancia con los tonos pasteles del maquillaje.

Aspectos psicológicos: representa a una mujer femenina, dulce, delicada, etérea, mágica.

Objetos: aparece el frasco a la izquierda, aspecto simbólico, tallada en relieve la figura de una mujer desnuda casi esquemáticamente, como en actitud de movimiento.

**SENTIDO:**

Simbolismo, aire de ligereza que provoca la sensación de un perfume fresco, femenino, creación de una atmósfera particularmente idílica y romántica.

**III.3.3.1.28.5.3. ANUNCIO 3: DON ALGODÓN**

**TEXTO:** “Quién quiere hacerse mayor. DON ALGODÓN. La cosmética joven”.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Sentido explícito:** aparece la marca aislada en una parte de anuncio y el texto en la otra parte.

**Sentido implícito:** la marca se centra en un público muy joven, infundiéndole el deseo de no querer hacerse mayor y determinando así su posicionamiento en el mercado en términos de adolescencia rebelde.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** doble página, en la que aparece a la izquierda el texto y un pack shop del producto, a la derecha una joven en un plano medio con un peluche en las manos.

**Intensificadores:** el fondo blanco que contrasta con la joven desnuda, el aire infantil y mimoso de la chica que mira a la cámara directamente y el hecho de cubrirse con el peluche, pícara pero inocentemente.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: chica joven, rubia, de ojos azules y aspecto infantil, poco maquillada y bastante delgada, aparece desnuda cubriéndose el pecho con un peluche.

Aspectos psicológicos: infantil, tierna.

Objetos: un oso de peluche color blanco que inocentemente cubre el pecho de la chica.

**SENTIDO:** implícitamente el anuncio expresa lo infantil, la ternura y la insistencia de mantenerse niños, casi la negación a crecer que es en el fondo uno de los síntomas de enfermedades de la adolescencia como los TCA (anorexia), negar el paso a la juventud, se demuestra a través de la representación de la dulce rebeldía del paso a la adolescencia.

#### III.3.3.1.28.5.4. ANUNCIO 4: LA MODA DE LAS TOP-MODELS EN EXCLUSIVA PARA EL CORTE INGLÉS. ELITE MODELS FASHION.

**TEXTO:**

*"La moda que le gusta a Cindy Crawford. Lo que de verdad se pone Naomi Campbell, la ropa preferida de Linda Evangelista,... Elite, la agencia de modelos más importante del mundo ha creado su propia línea de moda, ELITE MODELS FASHION y te lo presenta en exclusiva el Corte Inglés. En su tienda de Castellana (Madrid),*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*Diagonal (Barcelona) y Málaga. Ven a conocer su colección de primavera, te gustará tanto como a Linda, Naomi o Cindy.*

**Sentido explícito:** presenta la nueva línea de ropa a través de una famosa agencia de modelos.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** una página a la derecha, con un texto y a la izquierda la figura de dos mujeres juntas.

**Intensificadores:** fondo blanco, contraste de las dos figuras vestidas una de blanco y otra de negro, una con pelo corto y otra largo, una rubia y otra morena.

**PROTAGONISTAS:** dos mujeres

Aspectos físicos: una chica rubia de pelo recogido y ondulado, delgada, vestida de pantalón y top negro, a su lado y entrelazada con ella una mujer morena de pelo largo liso, con una silueta estilizada pero femenina y un vestido blanco corto.

Aspectos psicológicos: desafiantes miran a la cámara aunque con timidez, sexis, autosuficientes como formando un grupo aliado entre ambas.

**SENTIDO:**

En el anuncio sólo se da a conocer la firma.

Pero implícitamente te desafía a parecerte a las modelos, en concreto a las top MODELS que se mencionan, y para ello hay que ponerse la ropa de la marca que supuestamente visten estas modelos, para crear una identificación con ellas a través de un objeto como es la ropa.

**III.3.3.1.28.6. SUPLEMENTO DE LA REVISTA RAGAZZA. MAYO DE 1996****III.3.3.1.28.6.1. ANUNCIO 1: ELLE****TEXTO:**

*LA REBELIÓN CONTRA EL ANTIGUO RÉGIMEN. Especial "ADELGOZAR"* con ELLE de mayo, 84 páginas de dietas y tratamientos revolucionarios.

**Sentido explícito:** presentación de la revista con su nueva edición de contenidos relacionados con la dieta.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Sentido implícito:** fijémonos especialmente en la palabra que han creado "ADELGOZAR", que es la mezcla simbiótica de adelgazar y gozar. También en consonancia con esto, aparece la frase "la rebelión contra el antiguo régimen" que además de la connotación doble de la palabra "régimen", nos rebelamos en contra del sufrimiento que produce el hecho de hacer dieta.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** interior de contraportada en la que aparece la salida de un centro comercial y una joven mezcla de "maruja" y top model, saliendo con su carrito repleto.

**Intensificadores:** la sensación de ambiente caluroso y el hecho de aparecer una joven en bikini yendo a la compra con los rulos puestos.

**Objetos:** aparece el carrito de la compra repleto de comida, plátanos, cervezas, piñas, agua mineral, cereales, verduras, un periódico...

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: aparece una joven morena con la cabeza llena de rulos y red, está en bikini de color rojo, muy estilizada, bronceada y maquillada sofisticadamente en disonancia con la ocasión de ir a la compra.

Aspectos psicológicos: desenfado, sentimiento de libertad de poder hacer lo que le apetezca, de la forma que le apetezca, sin tener que respetar los convencionalismos sociales, rompedora de esquemas estereotipados.

**SENTIDO:**

Mezcla del tópico de la "maruja" con la mujer "superwoman", fuera de convencionalismos. Este anuncio es una llamada a la "hipercapacidad" que debe desarrollar la mujer de no vivir para la gente, siendo capaz de romper los esquemas vigentes, de sentirse rompedora y libre.

III.3.3.1.28.7. TEXTOS PUBLICITARIOS REVISTA *RAGAZZA*. N° MAYO DE 1997

**ANUNCIO 1: BLANCO****ANUNCIO 2: KENZO(PERFUME)****ANUNCIO 3: LACOSTE**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.28.7.1 ANUNCIO 1: BLANCO****TEXTO: "Blanco"**

**Sentido explícito:** no aparece texto, salvo la marca, escrita según la tipografía habitual.

**Sentido implícito:** no necesitan decir nada, precisamente aprovechan el conocimiento de la marca para evitar dar argumentos de venta.

**IMAGEN:****DISPOSICIÓN:**

Página doble en la que aparece el rostro de una chica adolescente a la derecha y la marca en fondo blanco a la izquierda.

**Intensificadores:** la foto es en blanco y negro por lo que la composición del anuncio es una mezcla de grises. La figura de la chica también aparece como intensificador por su aspecto demacrado y dejado.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: la joven adolescente de la derecha presenta solamente su cara apoyada en una esquelética rodilla; destacamos la delgadez de la chica y el aspecto dejado de su pelo echado sobre los ojos.

Aspectos psicológicos: dejadez, malestar, hasta rencor, es lo que comunica la figura que aparece en la foto. La mirada es amenazante hacia la cámara, casi con odio y específicamente rencorosa y rebelde.

**SENTIDO:** si vamos más allá de la tristemente delgada figura de la protagonista, vemos a una chica casi anoréxica, reivindicativa, que comunica un sentido de pasotismo y rebeldía a las jóvenes a las que va dirigida la publicidad.

**III.3.3.1.28.7.2 ANUNCIO 1: KENZO(PERFUME)**

La publicidad de Kenzo se divide en tres partes en las que se ve el anuncio, en primer lugar nos encontramos un anuncio que ocupa un tercio de página, en la hoja siguiente aparece un anuncio que ocupa dos tercios de la página y pasando ésta encontramos un anuncio de una página completa.

**TEXTO:**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Anuncio de un tercio de página: sólo aparece la fórmula del agua **H2O**

Anuncio de dos tercios: aparece **H2O+**

Anuncio de una página **H2O+ = l'eau par Kenzo**

**Sentido explícito** aparece una combinación de elementos que en forma de fórmula química son el resultado del perfume y que se va presentando poco a poco.

**Sentido implícito:** poco a poco nos muestra las partes de una reacción que en el primer anuncio resulta normal, la fórmula del agua, en el segundo aparece un elemento añadido que configura una fórmula absolutamente simbólica que une dos elementos vitales para la vida, el agua y el amor y como resultado en su última página aparece, la colonia de **Kenzo** que simboliza el agua del amor, o que es tan sencilla que sólo lleva agua con amor, o que está realizada con amor.

**IMAGEN:****DISPOSICIÓN:**

En la primera parte del anuncio aparece un pez azul que burbujeante se defiende en el líquido elemento.

En el segundo anuncio aparece una pecera en la que se encuentra el mismo pez en el fondo azul.

En la última página aparece la pecera con el pez y una mujer que mirando el interior de la pecera hace ademán de cogerla con las manos. A la derecha de la página el frasco de colonia con el nombre de la misma y la firma, **KENZO**.

**Intensificadores:** aparece el fondo azul que construye un ambiente húmedo, burbujeante, de partículas de agua mezcladas con la luz, con el pez del mismo color en contraste con la cara de la joven que mira la pecera. El hecho de tratarse de un anuncio teaser (suspense) supone un intensificador de la imagen.

**PROTAGONISTAS:** el pez es el protagonista en el primero y segundo anuncio, en el tercero es la joven.

Aspectos físicos: mujer rubia, con pelo corto, de rostro delicado, fino y cuello grácil y delgado.

Aspectos psicológicos: delicada, dulce y tímida.

**SENTIDO:** el sentido es absolutamente simbólico, potencia las delicadas formas de una mujer que aporta el amor al agua de la pecera para convertirse en

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

esencia perfumada, que es lo que se repite gráficamente en la especial fórmula de este perfume.

**III.3.3.1.28.7.3 ANUNCIO 3: LACOSTE****TEXTO:**

No aparece salvo el nombre de la marca **LACOSTE**.

No necesita decir nada más por el conocimiento de la marca a nivel general.

**IMAGEN:****DISPOSICIÓN:**

Se presenta una habitación extraña con una figura de sirena pintada en la pared al lado una puerta en consonancia con la decoración, en el centro una mujer de cuerpo entero que mira de perfil a la cámara.

**DESCRIPCIÓN:**

El fondo es una pared de habitación en la que aparece difusamente pintada una sirena. En el centro la imagen de una mujer, la decoración simula al mar y por ello se usan los tonos azules en el suelo y el vestido de la joven en combinación con tonos celestes de la pared, y la decoración de la puerta que se asemeja esquemáticamente a una ola.

**Intensificadores:** tonos azules, aspecto incoherente del ambiente, aspecto sexi de la chica.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: mujer joven, rubia, de ojos azules, femenina pero muy estilizada. Va vestida con traje sin mangas de la marca LACOSTE, en color azul, con cesta y zapatos descubiertos a juego.

Aspectos psicológicos: sexi, muy femenina, desenfadada, mira a la cámara insinuante, independiente y autosuficiente.

**SENTIDO:**

Nos presenta un anuncio sencillo que da la imagen de la mujer actual, de la "SUPER WOMAN", trabajadora e independiente que no deja de ser insinuante y



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

femenina, y que por supuesto viste LACOSTE. Transmite una forma de ser y de actitud ante la vida que va en consonancia con la manera de vestir.

### III.3.3.1.28.8 SUPLEMENTO DE LA REVISTA RAGAZZA. MAYO DE 1997

#### III.3.3.1.28.8.1 ANUNCIO 1:ELLE

#### **TEXTO:**

*"ESPECIAL CULOS EN ELLE, este mes ejercicios para mejorar, tratamientos anticelulitis, el culo en la moda. Con el suplemento "Adelgazar sin sufrimiento" de regalo".*

**Sentido explícito:** se presenta un número especial de la revista.

**Sentido implícito:** como conseguir un tipo perfecto con la ayuda de unas dietas contenidas en esta revista.

#### **IMAGEN:**

#### **DISPOSICIÓN:**

Aparece la imagen de un trasero, vestido con una braguita verde manzana, con un fondo de tonos azul cielo. En la parte inferior derecha del anuncio está la imagen de la revista que se anuncia con la misma foto del anuncio.

**Intensificadores:** la forma "sexí" e insinuante del trasero, el contraste de la piel con los colores.

#### **PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: la foto presenta la imagen de un trasero con una braga verde ceñida al cuerpo que contrasta con la piel bronceada, firme y sexi del trasero.

#### **SENTIDO:**

La imagen expresa la perfección que la inmensa mayoría de las mujeres no poseen y que mostrando una foto con un trasero firme y arrogante anuncia un número especial cuyo tema central son "los culos", en donde se encierra la "magia" necesaria para conseguir una figura esbelta.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.28.9 LA PUBLICIDAD. NUEVO VALE 1996.**

A nivel general la publicidad es en su mayoría repetitiva y de poca calidad, los anunciantes en algunos casos no presentan claramente la marca del producto y no existe una imagen de marca característica, los anuncios se repiten con pequeñas variaciones en algunos casos y en otros exactamente.

**1. LAS CATEGORÍAS.**

EDUCACIÓN: CEAC y CCC, en este caso todos los anuncios son diferentes aunque aparecen insertados en los mismos lugares en los cuatro números.

VENTA POR CORREO: en este caso los anuncios no son siempre iguales, tampoco el anunciante, aunque el tema general es el mismo, la venta por correo de objetos pornográficos, cintas de vídeo, instrumentos sexuales, cremas...

BELLEZA: los anuncios se repiten también en los números, tratándose de una crema para aumentar el volumen del pecho.

REVISTAS: *SUPER POP* Y *NUEVO VALE* hacen publicidad en esta revista aunque *SUPER POP* es competencia directa porque va dirigida al mismo segmento.

HIGIENE FEMENINA: en dos números aparece un anuncio de TAMPAX con alguna variación en la creatividad.

**2. ESPACIO OCUPADO.**

Todos los anuncios ocupan el formato de una página, excepto los de TAMPAX que tienen la forma de media página.

**3. ANALISIS DE LOS TEXTOS SELECCIONADOS.**

Debido al carácter repetitivo de los motivos y anunciantes, los textos seleccionados comprenden las distintas categorías señaladas, uno por categoría y revista para tener una aproximación más fiel de la publicidad que se desarrolla aquí.

**II.3.3.1.28.9.1 ANUNCIO 1: SEM CREAM (Nº DEL 11 DE MAYO DE 1996)**

**TEXTO:** "NUEVO. COMO AUMENTAR DOS TALLAS DE PECHO EN CUATRO SEMANAS SIN NINGÚN RIESGO PARA TU SALUD"

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

(seguido de varios párrafos en los que se cuentan las maravillas de la crema, comienza con una introducción, continúa con un párrafo de agradecimiento a la confianza de las consumidoras y finaliza con un cupón de pedido.)

**Sentido explícito:** una crema para aumentar el volumen de los senos.

**Sentido implícito y simbólico:** con un pecho más grande serás más sexi y atractiva para los chicos.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** dos imágenes de la misma chica en el antes y el después de usar la crema.

**DESCRIPCIÓN:** la primera imagen es de una chica con un pecho voluminoso y desnudo, la otra foto más pequeña presenta a la misma chica con poco pecho y aspecto más inocente y menos atractiva que la primera.

**Intensificadores:** el anuncio es en blanco y negro y de poca calidad. Intensificador de la imagen puede ser la foto del busto desnudo de la chica.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: chica de entre dieciocho y veinte años, desnuda con pecho voluminoso, frente a la otra imagen de menor tamaño en el que la chica presenta un busto más pequeño.

Aspectos psicológicos: chica provocativa, sexi, sensual.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de las mujeres por tener un pecho grande, lo cual le permitiría ser más sexis y provocadoras para los hombres. El problema es que mucha de las lectoras de esta revista son casi adolescentes y el efecto de esta publicidad puede hacerles desear algo que por lo menos a través de los métodos anunciados es cuestionable que se consiga.

**III.3.3.1.28.9.2 ANUNCIO 2: CCC (Nº DEL 18 DE MAYO DE 1996)**

**TEXTO:** "LA PRIMERA GUITARRA DE ELVIS COSTÓ 8,75\$. A TI ESTA TE VA A SALIR GRATIS" (seguido de varios párrafos en donde se cuenta la anécdota de la

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

compra de la primera guitarra de Elvis, seguido de un cuadro informativo de los diferentes cursos y un cupón de pedido)

**Sentido explícito:** cursos de formación variados.

**Sentido implícito y simbólico:** te ofrece la ilusión de ser un gran músico como "el rey" (Elvis)

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** dos imágenes de dos guitarras una eléctrica y otra clásica.

**DESCRIPCIÓN:** la primera es la foto de la primera guitarra eléctrica de Elvis, la otra es una guitarra española clásica.

**Intensificadores:** el anuncio presenta como gancho la imagen relacionada con el rey del rock, Elvis Presley y se apoya por tanto en este argumento para desarrollar el mensaje del anuncio.

**PROTAGONISTA:** no existe imagen humana

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de algunos jóvenes de hacer realidad su sueño siendo grandes músicos y formando su propio grupo de música en el que puedan componer sus canciones e interpretarlas.

**III.3.3.1.28.9.3.ANUNCIO 3: *SUPER POP* (Nº DEL 25 DE MAYO DE 1996)**

**TEXTO:** "¡YA ESTÁ A LA VENTA! *SUPER POP*. FANTÁSTICO OBSEQUIO. ¡¡¡EXCLUSIVO!!!, ¡¡¡UNICO!!!, ¡¡¡PERSONAL!!!, EL COLGANTE".

**Sentido explícito:** anuncia la salida a venta del número de *Super POP*.

**Sentido implícito:** sugiere los contenidos del número para incitar a la compra de la revista.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** imagen de Mark Owen en primer plano, que ocupa el centro del anuncio y encima los grandes titulares.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**DESCRIPCIÓN:** aparece el rostro del protagonista, rubio y con ojos azules, llevando el colgante que se anuncia como regalo de la revista.

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: aparece el rostro del protagonista, rubio y con ojos azules.

Aspectos psicológicos: mirada penetrante aunque de aspecto tímido.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de incitar a la compra de la revista presentando algunos de sus contenidos.

**III.3.3.1.28.9.4 ANUNCIO 4: "GRÁNULOS DE GUAR" (Nº 1 JUNIO, 1996)**

**TEXTO:** "¡¡NUEVO EN ESPAÑA!!, AHORA, GRACIAS A LAS PROPIEDADES ADELGAZANTES DE LOS GRÁNULOS DE GUAR PUEDE PERDER KILOS Y KILOS Y KILOS CON TODA COMODIDAD!!". La mayoría del anuncio es texto, bastante complejo de entender y dividido en varios párrafos con titulares como "*¿QUÉ ES EL GUAR! ¡SORPRENDENTE! OBSERVE ESTAS FOTOS..., LAS VENTAJAS DEL GRANULADO DE GUAR, COMO UTILIZAR SU GRANULADO ADELGAZANTE, GARANTÍA ESPECIAL*". Además lleva un cupón para pedirlo por correo.

**Sentido explícito:** anuncia un producto para adelgazar.

**Sentido implícito y simbólico:** el adelgazamiento se impone como una necesidad en la sociedad de hoy y más notablemente con la llegada del verano.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** cuadro pequeño con imágenes progresivas del adelgazamiento, una imagen femenina delgada en traje de baño, y una foto pequeña de un laboratorio, para dar cientificidad al anuncio

**PROTAGONISTA:**

Aspectos físicos: mujer joven, rubia y delgada, aparece en traje de baño.

Aspectos psicológicos: sensual, segura y contenta consigo misma.

**SENTIDO:**

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

El sentido del anuncio recoge el deseo de incitar a la compra de productos adelgazantes, anuncio elaborado en blanco y negro de poca calidad, que intenta vender un producto para adelgazar queriendo dar imagen de seriedad y cuya venta se realiza por correo.

### III.3.3.1.28.10. LA PUBLICIDAD. NUEVO VALE 1997

La publicidad es en su mayoría repetitiva aunque de más calidad que en los números de 1996.

#### **1. LAS CATEGORÍAS.**

EDUCACIÓN: *CEAC* y *CCC*, en este caso todos los anuncios son diferentes aunque aparecen insertados en los mismos lugares en los distintos números.

INGLÉS: *HOME ENGLISH*, Y *EL INSTITUTO AMERICANO*, cada uno de ellos en un número diferente.

REVISTAS: *SUPER POP* hace publicidad en esta revista aunque es competencia directa porque va dirigida al mismo target.

HIGIENE FEMENINA: en un número aparece un anuncio de *TAMPAX*, ocupando la media página inferior derecha.

Los anuncios de *CEAC* alternan anuncio en blanco y negro con anuncio en color. *CCC* empezó con faldón y página en el primer número, en el tercero no puso publicidad y en el cuarto volvió con una página. Los que siempre han aparecido incluido los números de 1996 son los anuncios de *CEAC*, *CCC*, *PRONTO Y SUPER POP*.

La calidad de los anuncios es mejor, las posibilidades del nuevo formato y papel de la revista este año, permiten unos anuncios más lucidos aunque en algún caso se mantiene la estética de los anteriores. Se han suprimido los anuncios de corte casi pornográfico y de publicidad engañosa como eran los que anunciaban productos de venta por correo adelgazantes o cremas milagrosas.

#### **2. ESPACIO OCUPADO.**

Todos los anuncios ocupan el formato de una página, excepto los de *TAMPAX* que tienen la forma de media página.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

### 3. ANALISIS DE LOS TEXTOS.

Los textos seleccionados, comprenden las distintas categorías señaladas, uno por categoría y revista para tener una aproximación más fiel de la publicidad que se desarrolla en este tipo de publicación.

#### III.3.3.1.28.10.1 ANUNCIO 1: "HOME ENGLISH"

**TEXTO:** "APRENDE INGLÉS COMO SI VIVIERAS EN LONDON O USA, CON EL MÉTODO NATURAL DE HOME ENGLISH". (seguido de varios párrafos en los que se cuentan las posibilidades, opciones y requisitos del curso.

**Sentido explícito:** se anuncia un curso de inglés.

**Sentido implícito y simbólico:** hablarás como un nativo, podrás confundirte con ellos.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** una imagen que ocupa la mitad de la página.

**DESCRIPCIÓN:** la imagen es de una pareja de estudiantes de unos veinte años sobre el fondo del puente de Londres.

**Intensificadores:** el anuncio es en color, claro y bien estructurado, con un cupón de pedido en la parte inferior.

**PROTAGONISTA:**

**Aspectos físicos:** estudiantes jóvenes.

**Aspectos psicológicos:** felices, parecen disfrutar de su aprendizaje con un carisma especial, al estilo inglés.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el interés creciente por hablar inglés como si fuera nativo, además de inculcar un cierto sentido y estilo de vida inglés.

#### III.3.3.1.28.10.2 ANUNCIO 2: PRONTO

CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**TEXTO:** *"ESTA SEMANA CON LA REVISTA PRONTO PREPÁRATE PARA EL VERANO, UN NUEVO FASCÍCULO DE BELLEZA PARA ESTAR MÁS GUAPA QUE NUNCA ¡ESTA SEMANA ADIOS A LA CELULITIS"*

**Sentido explícito:** anuncio de una revista quincenal.

**Sentido implícito y simbólico:** te muestra la ilusión de tener un cuerpo "diez" este verano, si lees y sigues los consejos de la revista.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** dos imágenes de las portadas, del número y del suplemento de regalo.

**DESCRIPCIÓN:** el gancho de la imagen es la presentación en la parte superior de la portada del fascículo de belleza, la segunda es la portada del número del 17 de mayo.

**Intensificadores:** el anuncio es en color.

**PROTAGONISTA:** en la portada del suplemento con información de dietas tenemos a una chica joven y anónima en bañador, en la portada del número de la revista está Isabel Pantoja con su hija adoptiva.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de estar lista para el verano aprovechándose de los consejos de la revista.

III.3.3.1.28.10.3 ANUNCIO 3: *SUPER POP*

**TEXTO:** *"¡YA ESTÁ A LA VENTA! SUPER POP. TRES FANTÁSTICOS OBSEQUIOS".* (realmente toda la página es un collage de texto e imagen en el que se anuncia el contenido del número siguiente)

**Sentido explícito:** anuncia la salida del último número de *Super Pop*.

**Sentido implícito y simbólico:** te sugiere la compra y presenta la revista.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** imagen de Nick Carter de BACK STREET BOYS, los cuales también aparecen en pequeño junto a las Spice Girls.



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**DESCRIPCIÓN:** aparece el rostro del protagonista manteniendo la mirada fija y vistiendo un jersey verde y vaqueros, con aspecto informal y sport.

**PROTAGONISTA:**

**Aspectos físicos:** aparece el rostro protagonista, rubio y con ojos azules.

**Aspectos psicológicos:** mirada ingenua, infantil.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de incitar a la compra de la revista presentando específicamente algunos de sus contenidos y presentando aquello que a las "fans" de los ídolos les gusta tener de sus cantantes, pósters.

**III.3.3.1.28.10.4 ANUNCIO 4: FRESHLOOK**

**TEXTO:** "CAMBIA EL COLOR DE TUS OJOS DE FORMA FÁCIL Y NATURAL A LA MEDIDA DE TU BOLSILLO. LENTILLAS DE COLORES DESECHABLES COLORS FRESHLOOK".

**Sentido explícito:** anuncia unas lentillas de colores.

**Sentido implícito y simbólico:** anuncia la posibilidad de tener un aspecto diferente, provocador y que responda con el ideal que cada uno tiene de sí mismo.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** busto de mujer mirando a la cámara en el centro de la página, al lado una muestra de distintas lentillas aplicadas en ojos con diferente color.

**PROTAGONISTA:**

**Aspectos físicos:** mujer castaña, de aspecto agraciado y ojos azules.

**Aspectos psicológicos:** sensual, decidida y segura de sí misma.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de llegar a modelar tu imagen para ser como nos gustaría ser y no somos, cambiando las partes de nuestro cuerpo al antojo de nuestro capricho con el fin de ser ideales o perfectas.

**III.3.3.1.28.11 LA PUBLICIDAD. *SUPER POP* 1996**

A nivel general la publicidad es en su mayoría repetitiva pero de mayor calidad que en *NUEVO VALE*.

**1. LAS CATEGORÍAS.**

EDUCACIÓN: *CEAC* y *CCC*, todos los anuncios son diferentes.

MODA: *El Corte Inglés* presente en los dos números con el mismo anuncio.

REVISTAS: *SUPER POP*, se autopublicita en su revista el número siguiente.

HIGIENE FEMENINA: en los dos números aparece un anuncio de *TAMPAX*, ocupando media página. Se anuncia también *COTTON* (sistema de depilación).

VEHICULOS: *YAMAHA*, *HARLEY DAVIDSON*.

**2. ESPACIO OCUPADO**

Los anuncios de *CEAC* aparecen de manera alterna estando presente en el primer número pero no en el segundo, *CCC* tiene dos anuncios diferentes, en el primer número aparece entre las primeras páginas y en el segundo en la contraportada.

Los que siempre han aparecido incluidos en los números de 1996 son *CCC*, *SUPER POP*, *EL CORTE INGLÉS*, *COTTON (depilación)* *YAMAHA*, con dos anuncios diferentes. *GENERAL OPTICA*, aparece sólo en el primer número.

La calidad de los ocho anuncios en cada uno de los dos números de 1996 analizados es buena tanto en creatividad o fondo como en la forma. En esta publicación,

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

a publicidad está equilibrada en cuanto al número de anuncios, como en la distribución, concentrándose principalmente en la primera parte de la revista. En todos los números hay una página de autopublicidad de la revista.

Los textos seleccionados comprenden una muestra de las principales categorías para tener una aproximación más fiel de la publicidad en esta publicación.

III.3.3.1.28.11.1 ANUNCIO 1: "EL CORTE INGLÉS". SUPER POP, 1996

**TEXTO:** "LA ROPA QUE MAS TE PONES. TE HEMOS PREPARADO UNA SELECCIÓN CON TODO LO MEJOR DE LA MODA JOVEN. CON TODA ESA ROPA QUE DE VERDAD TE PONES. Y LA QUE MÁS TE INTERESA, POR NOVEDAD Y PRECIO. EL CORTE INGLÉS ESPECIALISTAS EN TI".

**Sentido explícito:** este es un anuncio de moda joven.

**Sentido implícito y simbólico:** El Corte Inglés está cerca de ti, sabe lo que tu quieres, porque con su ropa te sentirás bien y cómodo además de ir a la moda.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** una imagen en forma de recuadro donde aparecen las cabezas de un chico y una chica.

**DESCRIPCIÓN:** la imagen es de una pareja de chicos, jóvenes y atractivos de los que sólo vemos sus caras.

**Intensificadores:** el anuncio es en blanco y negro. Intensificadores de la imagen es la disposición de los pocos elementos del anuncio sobre el fondo blanco en el que aparece.

**PROTAGONISTA:**

**Aspectos físicos:** chico y chica jóvenes, entre dieciocho y veinticinco años, de aspecto juvenil y atractivo.

**Aspectos psicológicos:** chicos modernos, decididos.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de los jóvenes de hoy por sentirse bien, por vestir bien y a la moda, por encontrar lugares selectos solo para ellos donde

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

puedan elegir el tipo de imagen que les apetece llevar y con la que se sienten identificados entre su grupo.

### III.3.3.1.28.11.2 ANUNCIO 2: "YAMAHA"

**TEXTO:** *"TWO MUCH, TWO MUCH. AXIS Z . JOG R"*

**Sentido explícito:** anuncio de una motocicleta.

**Sentido implícito y simbólico:** la ilusión de poder tener una motocicleta moderna con la que presumir ante tus amigos, como símbolo más claro de lo que desean los jóvenes adolescentes y que les proporciona libertad e independencia.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** el anuncio es la imagen de dos motos de la citada marca.

**DESCRIPCIÓN:** las motocicletas aparecen sobre un fondo desenfadado y moderno, cada una de un color, una azul y la otra amarilla.

**Intensificadores:** el anuncio presenta una gama de colores fuertes y vivos, dando fuerza a una imagen estática como es la de las motos.

**PROTAGONISTA:** no existe imagen humana

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de algunos jóvenes de hacer realidad su sueño de tener una motocicleta en cuanto tienen edad para ello, con la que poder presentarse ante sus amigos e identificarse con el grupo social donde conviven.

### III.3.3.1.28.11.3 ANUNCIO 2: COTTON.

**TEXTO:** *"COTTON. SUAVIDAD Y SENSIBILIDAD. MF COTTON. LA DEPILACIÓN QUE ESTABAS ESPERANDO. EFICAZ CONTRA EL VELLO Y SUAVE CON TU PIEL GRACIAS A LA INCORPORACIÓN POR PRIMERA VEZ DEL ACEITE DE SEMILLA DE ALGODÓN, RICO EN VITAMINA E. EN UNA GAMA DE PRODUCTOS EXTRA-SUAVES: \*Cera caliente en pastillas, perlas o tarrina con espátulas. \*Cera tibia al microondas con aplicador roll-on. Crema depilatoria en tubo compacto. \*Y para después*

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

*de la depilación, toallitas Post-Depil retardadoras del crecimiento del vello, limpiadoras y suavizantes. COTTON suave como el algodón".*

**Sentido explícito:** este es un anuncio de sistemas de depilación.

**Sentido implícito y simbólico:** la estética es importante y una parte de ella es la depilación, la cual la mujer debe cuidar para estar radiante y bella.

**DESCRIPCIÓN:** la imagen es de un bodegón de los productos depilatorios.

**Intensificadores:** el anuncio está en fondo blanco y los objetos en imagen ovalada con fondo azul que hace resaltar la imagen del producto.

**PROTAGONISTA:** no existen.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio está en informar a la mujer de un sistema de depilación y de los productos de una marca concreta, se entiende que la mujer ha interiorizado el trabajo de depilarse y por ello no necesita la publicidad ahondar en esta necesidad, sólo informar.

**III.3.3.1.28.11.4 ANUNCIO "GENERAL OPTICA"**

**TEXTO:** "CONTACTO CADA VEINTIÚN DÍAS. NUEVAS LENTES DE CONTACTO DESECHABLES BY GENERAL OPTICA. GENERAL OPTICA CUIDAMOS DE TU VISTA". (aparecen unos pequeños párrafos muy cortos en los que se explican las ventajas de sus lentes)

**Sentido explícito:** anuncio de unas lentes de contacto desechables.

**Sentido implícito y simbólico:** te propone la solución a tus molestas gafas, cuidando además de tus ojos y de tu imagen con un sistema de lentes desechables.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** el anuncio está básicamente ocupado por el primer plano de la modelo que es Amparo Larrañaga.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**DESCRIPCIÓN:** el formato usado es el testimonial, aprovechando la imagen de Amparo Larrañaga, aparece prestando su rostro sin artificio.

**Intensificadores:** la presencia del rostro femenino en su primer plano, podríamos determinar como intensificador el hecho de elegir a Amparo Larrañaga.

**PROTAGONISTA:** Amparo Larrañaga

**Aspectos físicos:** mujer rubia, ojos azules, de facciones regulares.

**Aspectos psicológicos:** actriz de aspecto sensible, delicado pero segura de sí misma.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de aumentar al máximo el partido que se puede sacar de uno mismo y para ello si es posible quitar la barrera de cristal que suponen las gafas mejor. Además el sistema proporciona ciertas garantías para los ojos y facilidad en el mantenimiento.

También intenta transmitir la posibilidad de reconocer en cada uno de nosotros una personalidad segura, ya que el hecho de encontrarse bellas nos hace sentir mejor.

**III.3.3.1.28.12 LA PUBLICIDAD. SUPER POP 1997**

**1. CATEGORÍAS**

**EDUCACIÓN:** CEAC y CCC, con anuncios diferentes.

**MODA:** anuncio de una academia de modelos. *EXIT MODELS*

**REVISTAS:** *SUPER POP* se autopublicita en su revista.

**HIGIENE FEMENINA:** en ambos números aparece *EVAX*, un anuncio es de compresas y en el otro de protectores, que en ambos casos ocupan una página doble. También se repite un anuncio de *TAMPAX* que ocupa media página.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

VEHICULOS: *HONDA*.

TABACO: *WEST*.

BEBIDAS: *SMIRNOFF* (se repite el mismo anuncio en la contraportada de los dos números) Y *COCA COLA*.

ACCESORIOS: *RAY-BANN* (se repite en el interior de portada de los dos números pero con distinto anuncio)

DEPORTES: *NIKE* (presente en los dos números) y *REBOOK*.

COSMÉTICA: *NOTRACE* de *DEBORAH*.

## 2. ESPACIO OCUPADO

*CEAC* aparece solamente en el último número y *CCC* aparece en el primero con una página entera y en el segundo con un faldón en blanco y negro.

Los que siempre han aparecido incluidos en los números de 1996 son *SUPER POP*, *RAY-BANN*, *NIKE*, *SALVA SLIP*, *CCC*, *SMIRNOFF*.

La calidad de los anuncios es mejor y los textos seleccionados comprenden las principales categorías que se desarrollan en este tipo de publicación.

### III.3.3.1.28.12.1ANUNCIO 1: *NIKE*

**TEXTO:** *"NIKE AIR BAKIN CON AMORTIGUACIÓN TOTAL EN CANCHA DE BASKET SIN NINGUNA AMORTIGUACIÓN".*

**Sentido explícito:** anuncio de zapatillas.

**Sentido implícito y simbólico:** se anuncia la resistencia de las zapatillas, y la tecnología aplicada para conseguir el beneficio publicitado.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** una imagen que ocupa la página, donde aparece la esquina de una calle y una canasta.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**DESCRIPCIÓN:** la imagen presenta un callejón donde hay una canasta colgada y en la esquina de la misma callejuela aparece pegado el cartel de una zapatilla *NIKE AIR BAKIN*, más unas letras que dicen *"Foot Locker"*.

**Intensificadores:** el anuncio mantiene tonalidades oscuras en donde resalta el cartel pegado en la pared.

**PROTAGONISTA:** no existe figura humana.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge la dureza de las calles de barrios bajos donde los chicos juegan al baloncesto, calles duras no preparadas para jugar y donde estas zapatillas darían buen resultado porque están preparadas para lo más duro.

III.3.3.1.28.12.2 ANUNCIO 2: *SMIRNOFF*

**TEXTO:** *"ESMIRNOFF IMPORTED VODKA"*

**Sentido explícito:** anuncio de bebida alcohólica.

**Sentido implícito:** te presenta una fantasía, vivida a través de la bebida.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** ocupa la contraportada de la revista, la imagen de tres jóvenes sobre el fondo del anuncio de vodka.

**DESCRIPCIÓN:** dos chicos miran sensualmente a una chica; delante de ellos hay una botella de vodka a través de la cual se ven las manos del chico convertidas en los tentáculos de un pulpo que rodean el cuerpo de la mujer.

**Intensificadores:** el anuncio es en color.

**PROTAGONISTA:** los tres jóvenes, una chica y dos chicos.

**Aspectos físicos:** los tres son jóvenes y guapos. La chica viste traje estrecho color blanco y ellos ropa sport de tonos marrones y negros.



## CAPITULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Aspectos psicológicos:** podemos decir que se trata de la típica imagen de chica guapa, sensual y algo provocadora que se siente acosada por los tentáculos del hombre-pulpo.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de llegar a conseguir cosas a través del producto, la metáfora del anuncio hace transformar la perspectiva de los objetos en su realidad para hacerte ver las cosas de otro modo en la vida.

**III.3.3.1.28.12.3.ANUNCIO 3: SALVA SLIP**

**TEXTO:** "NUEVO SALVA SLIP: MAXIMA SENSACIÓN DE LIMPIEZA Y FRESCOR". (aparece además un texto en pequeño donde se explica la nueva sustancia protectora incluida en el salva slip para hacerlo más fresco.)

**Sentido explícito:** anuncia un protector para braguitas.

**Sentido implícito:** sugiere que el producto te hará sentir fresca y limpia.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** imagen de dos margaritas difuminadas en la doble página.

**DESCRIPCIÓN:** anuncio de doble página en blanco y negro con la imagen de dos margaritas en una especie de florero difuminado que no se aprecia con claridad.

**PROTAGONISTA:** no existe figura humana

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el interés de toda mujer de mantener su higiene corporal el máximo tiempo posible sin sensación de incomodidad.

**III.3.3.1.28.12.4.ANUNCIO 4. EXIT MODELS**

**TEXTO:** "ESCUELA DE MODELOS. MATRICULA YA, CURSOS PROFESIONALES. CURSOS INTENSIVOS".

**Sentido explícito:** anuncia una academia para convertirse en modelo.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Sentido implícito:** anuncia la aspiración de muchas jovencitas por verse en una pasarela.

**IMAGEN:**

**DISPOSICIÓN:** conjunto de chicas y chicos que posan para la foto En la parte inferior derecha el nombre de la academia y la dirección, y distribuidos por la página, palabras como estilismo, casting, cine...

**PROTAGONISTA:** grupo de jóvenes, siete en total.

**Aspectos físicos:** chicos y chicas atractivos, de distinto aspecto, aunque parecen chicos normales pues en la foto no se aprecian variaciones notables que les hagan parecer modelos.

**Aspectos psicológicos:** dinámicos, alegres, divertidos.

**SENTIDO:**

El sentido del anuncio recoge el deseo de llegar a ser modelo, de modelar tu imagen para ser como nos gustaría ser y no somos y que nos lanzaría a un mundo de algunos pocos, como es el mundo de la moda y el cine.

III.3.3.1.29. COMPROBACIÓN Y ANÁLISIS**2. CONSIDERACIONES POSTERIORES**

Como hemos podido observar a medida que se ha hecho el análisis de los documentos se han ido exponiendo algunas conclusiones y observaciones particulares de cada revista en general. También se ha elaborado un análisis diferenciado para la publicidad, ya que los elementos a tener en cuenta en este caso no coinciden con los estimados en el momento de estructurar los contenidos. Ahora es el momento de volver a las hipótesis principales para descubrir cual ha sido el resultado de las inferencias que se han producido en este trabajo a través de la aplicación de la observación.

En cualquier caso la capacidad de observación del ser humano y más allá de ella la de tener posibilidad de inferir sobre los resultados recogidos en las fichas, permiten desglosar la comprobación de las hipótesis.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.  
 III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.  
 III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## 1. LA COMPROBACIÓN.

Recordamos brevemente nuestra primera hipótesis:

1. La publicidad de la prensa periódica dirigida a mujeres de catorce a diecinueve años es en su mayoría de productos relacionados con el culto al cuerpo

### El por qué de esta hipótesis:

En el momento de plantear esta hipótesis estaba en nuestro ánimo poder descubrir cual era el tipo de publicidad general que se anunciaba en estas publicaciones y en consonancia con los objetivos de la investigación poder desmentir ese tópico general que existe con relación a los productos adelgazantes, cosméticos o dietéticos que pretenden influir en las adolescentes, las cuales no teniendo criterio suficiente para discernir la falsedad, en la mayoría de los casos de las ventajas de estos productos, se lanzan a comprarlos y a utilizarlos indebidamente en su afán de tener cuerpos delgados y en forma. Delimitamos igualmente el segmento de comprobación de la hipótesis en jóvenes de catorce a diecinueve años, dato que se ha mantenido constante en todo el trabajo.

### Validación o falsación.

En nuestro análisis hemos percibido que la presencia de anuncios de este tipo no ha sido significativa. Dentro del corpus general sólo se han encontrado dos anuncios que directamente se dirigen a este segmento anunciante<sup>38</sup>, y que han sido por tanto elegidos para ser analizados. Ambos se encuentran en la revista *NUEVO VALE*, en los números del año 1996 del 1 de mayo y del 1 de junio; el estudio de los mismos nos demuestra que se trata de una publicidad de mala calidad, en blanco y negro, con un texto difícil de leer y muy abundante, donde las imágenes hablan, ya que se presenta a unas modelos de mal gusto, sobre todo en uno de los casos. Uno de estos anuncios es una crema para aumentar el pecho y el otro es un producto para adelgazar. Ambos son de venta por correo y podemos incluso atrevernos a decir que se trata de un caso de publicidad engañosa o por lo menos enmascarada ya que en contra de los principales principios publicitarios, la marca del producto es lo que menos se destaca en el anuncio.

Destacamos como ambos anuncios fueron retirados de la publicación y en 1997, aumentó la calidad de la publicidad.

<sup>38</sup> Mirar: Análisis de los textos publicitarios.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

Volviendo al objeto de este epígrafe, hemos de decir que la hipótesis ha sido falsa, puesto que estos anunciantes de productos de culto al cuerpo no tienen presencia en estas publicaciones, y de la misma manera si hemos de inferir, que los impactos de este tipo de publicidad son escasos, y por tanto si los anunciantes no presentan sus productos en este tipo de publicaciones es porque creen que las jóvenes no están interesadas directamente por estos productos.

## 2."Las modelos fotográficas de los textos analizados en la prensa periódica son extremadamente delgadas"

### El por qué de la hipótesis.

Con esta hipótesis intentamos observar globalmente cual era la figura de la mujer que aparecía en las revistas, tanto en publicidad como en los textos, y a la vez delimitar ese grado de delgadez con un adjetivo concreto "extrema delgadez".

### Validación o falsación.

Hemos percibido al analizar las revistas, que la imagen de la mujer en todos los casos es la de una mujer delgada, aunque hay que hacer matizaciones, respecto al tipo de publicación al que nos referimos.

En **RAGAZZA** hemos encontrado con más claridad ese prototipo de mujer delgada por el que nos preguntábamos en la hipótesis, fundamentalmente en los suplementos dedicados exclusivamente al culto al cuerpo, donde las modelos estaban extremadamente famélicas y el número de fotos era muy elevado. Como contraste en los suplementos no existe publicidad o es mínima, por lo que las modelos no son publicitarias, sino que acompañan a los textos.

En **NUEVO VALE** no abunda precisamente la imagen, y la presencia masculina empieza a aparecer, por lo que la figura femenina aparece en fotos de grupo en las que la delgadez de las modelos también es patente, pero al estar repartida la atención con otros elementos de la foto, la talla pasa a un segundo plano.

En **SUPER POP**, la preocupación por presentar modelos delgadas es grande tanto en contenidos como en publicidad, habiendo anuncios de escuelas de modelos donde presentan a chicas y chicos de tipos ideales para la profesión, por otro lado esta revista está muy relacionada con el tema musical, apareciendo un número

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

importante de famosos y famosas, músicos y actores, ya conocidos, por lo que la imagen anónima a la que nos referimos tiene menor aparición.

### 3. " la imagen de la mujer en este tipo de publicaciones define el prototipo de mujer delgada igual a mujer triunfadora".

#### El por qué de la hipótesis.

Como preveíamos que no todos los anuncios de publicidad iban a ser de productos específicos del adelgazamiento y teniendo en cuenta también el resto de contenidos dirigidos a la mujer tanto textuales como publicitarios, era necesario elevarse por encima de ellos para observar si el prototipo o patrón de conducta era el de mujer delgada igual a mujer triunfadora.

#### Validación o falsación

En este caso la hipótesis se ha validado puesto que hay muchos indicadores. La multitud de contenidos dedicados al culto a la imagen demuestran que para triunfar en la vida hay que ser delgado y tener un tipo perfecto. El número de contenidos dedicados a la moda y a las tendencias presentes y futuras animan a tener cuerpos "diez" para enfundarse en minúsculas prendas de talla para niñas, con las que estar a la altura de tu grupo de amigos.

Aparece también reflejado muy claramente este aspecto en los tests de autoevaluación en los que uno se debe preguntar a sí mismo como es para ver si está dentro del patrón general de conducta que le permita ganarse a los amigos, ligar con chicos, parecerse a las "Spice", o triunfar en el sexo. Todas las publicaciones presentan sus tests sobre temas similares, aunque por ejemplo en *NUEVO VALE* estén más orientados al tema del sexo y del amor.

### 4. "Los contenidos de la revista delimitan el tipo de publicidad que se ha insertado en ellas"

#### El por qué de la hipótesis

Claramente era necesario observar si el tipo de publicidad de la revista iba en consonancia con los contenidos de la revista en la que aparecían.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**Validación o falsación**

En esta hipótesis hemos llegado a la conclusión de que la capacidad del anunciante para insertar su publicidad nunca va desencaminada puesto que la inversión es muy alta.

Quizá lo más interesante observado en esta hipótesis es la diferencia de publicidad en cada publicación, aunque el público objetivo es el mismo en las tres, la orientación y el sesgo de cada una es diferente.

En todas, la publicidad va de acuerdo con su público, ya hemos analizado la escasa presencia de productos específicos para el culto al cuerpo, fundamentalmente adelgazantes y cosméticos. Volviendo a la oportunidad de la publicidad en las revistas observamos que en *RAGAZZA*, el corte es marcadamente femenino, de una clase social un poco más elevada, y de estudios superiores y por tanto la publicidad es más de ropa, complementos, espectáculos, cine, tabaco, y principalmente de perfumes y colonias.

En *NUEVO VALE* la mayoría de la publicidad es de educación a distancia, puesto que este segmento tiene un corte a nivel de estudios de tipo más de Formación Profesional. También aparecen anuncios que presentan a las propias revistas del segmento como es el caso de anunciar en *NUEVO VALE* a *SUPER POP* y a ella misma, aún sabiendo que ambas son competencia directa del mismo público.

En *SUPER POP* aparece un corte de tipo publicitario más de tipo unisex, se anuncia también como en *NUEVO VALE*, educación, aparece la moda, los vehículos ciclomotores, también la higiene femenina, y como no la autopublicidad de la revista anunciando el próximo número.

## **5. "Aumenta en el segundo año de análisis las propuestas publicitarias de culto al cuerpo"**

**El por qué de la hipótesis.**

Es necesario observar la variable tiempo y ver como ha influido en la publicidad.

**Validación o falsación.**

Las propuestas publicitarias de este tipo han disminuido en el año 1997 respecto a 1996, aunque hay que indicar curiosamente que los números de 1997 contienen más publicidad, principalmente en *RAGAZZA* y en *SUPER POP*.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISION MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**6."Las jóvenes se interesan por los contenidos dirigidos a las dietas y el adelgazamiento".****El por qué de la hipótesis:**

Con esta hipótesis queremos descubrir, una vez analizados los textos elegidos, la presencia de documentos referidos a temas de adelgazamiento y dietas frente a otros textos que contienen otros temas.

**Validación o falsación:**

Por publicaciones es necesario destacar que *RAGAZZA* es la que más espacio dedica a estos temas, en concreto, más extensamente en sus suplementos cuyo tema general y razón de ser era el culto al cuerpo.

*NUEVO VALE*, no contiene tantos contenidos relacionados con estos temas estrictamente, dedicándose más a otros asuntos.

*SUPER POP*, es una revista principalmente musical, en la que los ídolos de las jóvenes se presentan, cuentan su vida, aparecen sus fotos..., aun así también hay contenidos relacionados con las dietas aunque con menor presencia.

**7."Las jóvenes se interesan por los contenidos dirigidos a la belleza y el cuidado corporal".****El por qué de la hipótesis:**

Con esta hipótesis queremos descubrir, una vez analizados los textos elegidos, la presencia de documentos referidos a la belleza y el cuidado corporal.

**Validación o falsación:**

En este caso hemos de decir que la hipótesis es cierta puesto que los contenidos relacionados con estos temas abundan notablemente en todas las publicaciones.

Por publicaciones es necesario destacar que *RAGAZZA* es la que más espacio dedica a estos temas, tanto en sus suplementos como en los números, a veces estos temas de belleza, trucos de maquillaje, ideas para peinarse etc... aparecen mezclados con otros más enfocados al adelgazamiento.

*NUEVO VALE*, contiene textos relacionados con la belleza aunque más particularmente se dedica a los famosos y los temas sexuales.

*SUPER POP*, es una revista principalmente musical, los trucos de belleza, las ideas para el cuerpo no aparecen reflejados en sus sumarios y ocupan poco espacio.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**8. "Las jóvenes se interesan por los contenidos dirigidos a la moda".****El por qué de la hipótesis:**

Hemos diferenciado igualmente los contenidos de la moda del resto de contenidos relacionados con el cuidado corporal, la moda es un factor importante a la hora de explicar el objeto de nuestra investigación porque es un elemento a tener en cuenta por las jóvenes para determinar el cuidado de sus cuerpos.

**Validación o falsación:**

Hemos diferenciado la moda porque tiene una presencia menor en las revistas, por esto podemos decir que la hipótesis no es válida, aunque si es más clara la presencia en revistas como *RAGAZZA*, de la cual se han analizado textos referidos a este tema, también hay que señalar que hay secciones concretas que se repiten asiduamente y que contienen artículos y temas relacionados con esto en esta revista. En *NUEVO VALE* la presencia no es continua y ocupa solamente una pequeña parte de la sección de "varios". En *SUPER POP* no hay presencia en secciones estructuradas, de contenido explícito relacionado con el tema.

**9. "Las jóvenes se interesan por los contenidos relacionados con el sexo y las relaciones personales".****El por qué de la hipótesis:**

Debido a la presencia masiva de contenidos relacionados con estos temas en las revistas, era acertado preguntarse una vez analizados los textos, si era o no significativa su presencia para los efectos tratados aquí.

**Validación o falsación:**

El hecho de plantearse esta hipótesis es importante para darse cuenta que realmente los temas que interesan a las jóvenes no son tanto la moda o los secretos de belleza sino que realmente las cuestiones sexuales y de tipo amoroso tienen un peso específico en estas publicaciones. Principalmente la revista *NUEVO VALE*, es la que dedica mayor espacio e importancia a temas relacionados con las cuestiones sexuales, teniendo importante presencia igualmente los hechos supuestamente reales que cuentan las lectoras a propósito de sus experiencias sexuales o amorosas en general.



## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
 III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA  
 III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL  
 III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

## III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

## 10. "La frecuencia de repetición de anuncios entre las publicaciones analizadas es muy pequeña".

### El por qué de la hipótesis:

Queremos observar si los anuncios insertados se repiten o no, para ver la frecuencia de repetición de impactos dentro de cada revista.

El fin de esta hipótesis era descubrir si el ritmo de aparición de la publicidad, ayudaba de alguna manera a que se difundieran más eficazmente aquellos mensajes publicitarios del tipo analizado en este trabajo, y por tanto descubrir los intereses de los anunciantes para hacer llegar más eficientemente estos mensajes.

### El por qué de la hipótesis:

La realidad de la publicidad analizada nos ha demostrado que la hipótesis era falsa puesto que la frecuencia de repetición de los anunciantes ha sido notable en todas las publicaciones, tanto los anunciantes como la creatividad que con pequeñas variaciones se ha mantenido dentro del mismo año. De un año para otro se han repetido algunos anunciantes principalmente los productos de higiene femenina, y las ofertas de educación a distancia CCC y CEAC. La frecuencia de repetición de las categorías ha sido más significativa teniendo en cuenta, que en ambos años coinciden los intereses del público al que se dirige la oferta.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.  
III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

**III.3.3.1.30 CONCLUSION PERSONAL**

En el momento de empezar esta investigación, no pensamos tanto en las conclusiones a las que llegar como en el esfuerzo que teníamos que dedicar para hacerlo, la línea de investigación empezada tiene muchas vertientes que por imposibilidad material y temporal, no se han tratado aquí. Lo que sí teníamos claro era el segmento de análisis al que dirigimos, las adolescentes. Era necesario observar el panorama comunicativo en este sector para el planteamiento de futuras hipótesis, y la influencia de la comunicación de revistas en sectores tan absorbentes como la juventud en temas relacionados con sus hábitos de comportamiento.

Una de las aportaciones de esta pequeña investigación a nuestro trabajo, era descubrir como han evolucionado las adolescentes y descubrir la diferencia que existe ahora con relación a otras épocas; existen cambios radicales, no ya en temas de estética, o moda, que son efímeros y cambian con mucha facilidad, sino en cuanto a los intereses que a través de las revistas analizadas, se descubre que tienen estas chicas.

Es de destacar la presencia de cuestiones sexuales y amorosas que se desarrollan mal tratadas en la mayoría de los casos y que quizá dan una imagen engañosa de la juventud, que parece no esperar que su cuerpo se desarrolle a la vez que su cabeza para poder acceder a los privilegios que ellas consideran "de los mayores". Por otro lado las jóvenes parecen dar a través de las revistas, un aspecto frívolo, en formas de pensar y en maneras de actuar, parecen estar preocupadas por la imagen y la moda, y especialmente dedican sus lecturas al cuidado personal y a la música.

La personalidad de estas jóvenes parece ser arrogante, e incluso frívola, buscan una libertad que parecen encontrar a través de sus lecturas y sus compras y que van encaminadas a identificarse con el grupo al que pertenecen.

## CAPÍTULO III. LAS CAUSAS DE UN TCA

III.1 INTRODUCCIÓN A LAS CAUSAS.

III.2 LOS TCA. VISIÓN MULTIFACTORIAL.

III.3 LAS CAUSAS DE LOS TCA

III.3.1 NUESTRO MODELO CAUSAL

III.3.2 FACTORES DE MICROENTORNO.

III.3.3 FACTORES DE MACROENTORNO

CUADRO III: VINCULACIONES CON EL MODELO

Acabamos de analizar pormenorizadamente las relaciones existentes entre los aspectos socioculturales y los TCA, estos aspectos conforman como hemos dicho los factores precipitantes del macrocontexto social, sus elementos están fuertemente relacionados entre sí, los amigos, las relaciones heterosexuales, las relaciones profesionales, los MCM, las revistas, la moda y la publicidad, conforman un sustrato influyente y específico en el desencadenamiento de estos trastornos.

Estos fenómenos sociales relatados anteriormente, ejercen una fuerte presión psicológica en los adolescentes que solo se desencadenan en conductas determinadas si existe una preocupación por la estética, y que puede degenerar en formas de actuar; como por ejemplo: el hecho de la influencia de los amigos en los adolescentes, degenera en un deseo de estos por la aprobación, que les hace muy sensibles a los comentarios de su pandilla. La aceptación heterosexual, o sea el éxito con los chicos también genera una fuerte preocupación por gustar y una búsqueda de expectativas que a veces son inalcanzables, la moda genera deseos de imitación y de adaptación a las nuevas tendencias para buscar la misma aprobación, las revistas generan preocupación, búsqueda y obsesión por dietas e informaciones nutricionales o deportivas para lanzarse a la conquista de un cuerpo perfecto, las exigencias escolares y profesionales permiten una lucha constante por la autorrealización y el éxito personal y laboral, la publicidad genera en estos chicos sensibilización a las imágenes y especial atención a productos adelgazantes.

En este panorama las chicas que además de responder a un cuadro descrito ya en el área de microcontexto o factores predisponentes, vivan sumergidas en este sustrato posiblemente desencadenarán una lucha contra sí mismas que puede tomar la forma patológica de los TCA.

Como este bloque es el que más nos interesa en nuestra investigación para determinar dentro de los factores socioculturales el peso de la publicidad, vamos a profundizar en capítulos sucesivos en algunos de estos aspectos como es el caso del contexto social, la moda y principalmente la publicidad.

### III.4. BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO III

AA.VV. (1988) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Third edition. Revised, Washington, DC, The American Psychiatric Association. (Traducido: Pichot, Pierre). 1ª ed rev. **DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Masson. 1988.)

AA.VV. (1995) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth edition. Washington, DC. The American Psychiatric Association. (Traducido: Pichot, Pierre. (Coord) **DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Masson. 1995)

AAVV. Coord. Morandé, G (1995) **Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario**. Insalud. Madrid. pp. 193.

AA.VV. (1996) "Anorexia y Bulimia" Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell, Departamento de Enfermería Psiquiátrica, revisado 3/96. traducido por la Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization, PAHO) <http://www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html>.

Abraham, S y Llewellyn-Jones, D (1987) **Eating disorders. The facts**. Oxford. University Press ( Traducido: Diane Shofield) **Anorexia y bulimia desórdenes alimentarios**. Alianza editorial, Madrid 1994)

Ajuriaguerra de J (1986) **Manuel de psychiatrie de l'enfant**. Masson. Paris. 1973 (Traducido: Alfredo Rego **Manual de psiquiatría infantil**, 4ª ed, Masson, Barcelona. 187-199 pag.)

Alemany, M. (1995) **Enciclopedia de las dietas y la nutrición. Los secretos de nuestra alimentación. Claves para una dieta racional y equilibrada**. 1ª ed. Barcelona. Planeta. pp 404-546.

Andersen. A.E. y Di Domenico, L. (1992): "Diet vs shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders?" International Journal of Eating Disorders, 11, 3: 283-287.

Bruch, H (1973) **Eating disorders: Anorexia nervosa and the persons Within**. N.Y. Basic Books.

Bruch, H (1978) **The Golden Cage. The Enigma of Anorexia nervosa**. Cambridge, Massachussets. Harvard University Press.

Clauser, G. (1961) Verhaltensanalyse und aktivanalytische Psychotherapie pudertätsmagersüchtiger Mädchen, en "Prax. Kinderpsychol." 10: 278-287.

Chernin, K (1982) **The obsession (Reflections of the tyranny of slenderness)**. Perennial library, Harper and Row. NY. 206 pag.

Flórez Tascón, F.J. (1962) **Delgadez, adelgazamiento y caquexia**. Monografía. Madrid. Roche. 54 pag

Garner D, M. y Garfinkel, P. E (1980) "Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa", Psychological Medicine, 10: 647-651

Guillemot, A, Laxenaire, M. (1995) **Anorexie mentale. Le poids de la culture**. París. Masson. (Traducido: Alfonso Rodríguez Martínez. **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura**. Barcelona. Masson. 150 pag).

Hamilton, K y Waller, G (1993): "Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia: an experimental study" *British Journal of Psychiatry*, 162:837-840.

Johnston, Joni E (1996) ***Appearance Obsession*** (Traducido: Matilde Jiménez Acedo. ***¿Por qué no me gusta? como dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico.*** Barcelona. Paidós. 271 pp)

Kestenberg, E. Kestenberg, J. Decobert, S. (1976). ***El hambre y el cuerpo*** (Traducido del francés por Rafael Thomas. Madrid. Espasa Calpe, 292 p.)

Lofrano, V.H. (1996) "Personalidad y trastornos alimentarios" *Punto Límite*. Año 1-Nº6/10-11. Agosto.

Lofrano, V.H. (1995) "Anorexias y Bulimias" *Punto Límite*. Año 1- Nº 3. Diciembre.

Loureiro Cachón, V.E (1994) ***Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de BUP. Municipio de La Coruña.*** Tesis. Santiago de Compostela.

Llanos de, E. (1992) "Los hábitos alimentarios y su trastorno desde una ética corporal occidental" *Anthropológica. Revista de etnopsicología y de etnopsiquiatría*. Pag 369-377, 7-12. vol III

Miguel de, A. (1999) "Antología de piezas publicadas". Internet <http://WWW.servicom.es/tabula-v/kalamos/num 1/esp/pagina 67>. En Miguel de, A. (ed.) ***La sociedad española 1993-4/1994-5***, Madrid. Editorial Complutense.

Miguel de, A. (1997) ***La sociedad española 1996-1997. Informe sociológico de la Universidad Complutense.*** Editorial Complutense. S.A. Madrid. 1ª ed. pp 63-103.

Morandé Lavín, G. (1990) ***Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, anorexias nerviosas, bulimias y bulimias.*** Madrid, Editorial Complutense. 336 pag.

Noticias de la Comunicación (1999). Nº 179. Marzo

NUEVO VALE, Nº 875,876,877,888. Mayo-Junio, 1996. Nº 927,928,929,930. Mayo-Junio. 1997

Orbach, S. (1986) ***Hunger strike. The anorectic's struggler as a metaphor for our age.*** New York, London, Ed Norton. 201 pag.

Ortega, F (1993) ***La flotante identidad sexual.*** Madrid. Editorial: Instituto de investigaciones feministas. Pag.186

Palazzoli, S (1974) ***From the intrasychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa.*** London. Chaucer-Human. Context Books.

Pearson, J.C et al (1993) ***Gender and Communication.*** Wm.C. Brown Publisher, Dubuque (1985 y 1991) (Traducido: Cristina Rodríguez Fisher. ***Comunicación y Género.*** Barcelona. Paidós Comunicación. 440 pag.)

Pérez Tornero et al (1992) ***La seducción de la opulencia: publicidad, moda, consumo.*** Barcelona. Paidós. ??pag

RAGAZZA, nº mayo, 1996,1997. Suplementos de mayo 1996,1997

Schütze, G: (1983) ***Anorexia mental.*** Barcelona. Herder. 217pag.

Shaw,J (1995) "Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females" *European Eating Disorders Review*,3,1:15-23.

Stice, E; Schupak-Neuberg,E et al. (1994) "Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms", *Journal of Abnormal Psychology*, 103,4:836-840.

SUPER POP, Nº 473, 474. Mayo, 1996. Nº 500, 501. Mayo, 1997.

Thomae, H.(1961) **Anorexia nervosa**, Stuttgart, Huber, Berna-Klett.

Toro, J y Vilardell, E (1989) **Anorexia nerviosa**. Barcelona.Martínez Roca.

Toro, J (1996) **El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad**. Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

Turón Gil V.J, **Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad**. Masson, 1997, Barcelona, 1ª ed. 312 páginas.

Turón Gil V.J. (1997) **Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad**. Masson, , Barcelona, 1ª ed. 312 páginas.

Vandereyken, W, Meermann, R (1984) **Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment**, Berlín: De Gruyter.

Vera Guerrero, M.N. (1998) "El cuerpo ¿culto o tiranía? *Psicothema*. Vol 10. Nº 1 pp 111-125.

## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

# **CAPITULO IV**

## **EL CONTEXTO GENERAL**

### **SOCIOCULTURAL**

#### **IV. CONTEXTO GENERAL SOCIAL.**

En este capítulo vamos a analizar las facetas que componen nuestro sustrato social, vamos a investigar y comprender cuales son las áreas de actuación que en nuestra sociedad están más relacionadas con los TCA, para así poder plantear una investigación desde el conocimiento del fenómeno sociocultural y de sus manifestaciones y elementos más relacionados con este contexto, con sus sujetos y con acciones concretas y particulares del mismo, como es el caso de la moda.

#### **IV. 1. NUESTRO CONTEXTO SOCIAL.**

Los trastornos en la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, podemos asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes. Según nos aporta J. Toro (1996), los trastornos del comportamiento alimentario no existirían sin el marco actual sociocultural en el que vivimos, ya que estos factores son intrínsecos a la génesis de las enfermedades que tomarían otro cariz, si se cambiara esta sociedad donde se ha reproducido tan virulentamente esta epidemia. Para J. Toro la anorexia y bulimia son enfermedades culturales, aunque sin olvidar como ya apuntábamos que existen otros elementos causantes o predisponentes como son factores genéticos, psicológicos previos, depresión, trastornos obsesivo compulsivos. C. Bañuelos (1994), coincide con esta afirmación sobre el carácter cultural de la enfermedad, exponiendo como antiguamente las personas estaban limitadas al ayuno debido al desarrollo de la cultura religiosa y ascética, que limitaba la ingesta de alimentos para encontrar la depuración del alma a través de la depuración del cuerpo, por otra parte, como siempre suele suceder el deseo

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

## IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

## IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

## IV.4 LA MODA

de lo prohibido nos hace ir a la contra de algunos principios, este es el caso de nuestra sociedad donde hemos luchado por la liberación del cuerpo y nos hemos librado de las ataduras religiosas y morales para satirizar el cuerpo y doblegarnos al dominio de la "sociedad delgada". En el comienzo, la causa principal era la belleza, hay que cuidar el cuerpo para estar bellos, pero la belleza parece en la actualidad limitada a la delgadez, a la pérdida de peso.

Por otra parte todas las sociedades han desarrollado sus ideales de belleza y todos han supuesto un sacrificio para el cuerpo, teniendo detractores incluso dentro de sus contemporáneos, este es el caso de la atrofia de las chinas en sus pies para que fueran pequeños, la estirada silueta de las mujeres Karen de Burma que anillan su cuello, y lo estiran. Más cerca de nosotros están las antiguas cinturas de avispa conseguidas por la presión de los corsés, miriñaques, las más modernas fajas elásticas, los actuales vaqueros ajustados, los tacones altos y las faldas estrechas; son entre otras, manifestaciones actuales de la esclavitud corporal. Hoy en día no parece suficiente con la aplicación de los postizos y las prendas que disimulan las zonas conflictivas, sino que hay que desnudar el cuerpo hay que mostrar sus carnes y hay que estar delgado; para ello las antiguas prendas se sustituyen hoy por el adelgazamiento y la cirugía estética, a la que se suman más o menos famosos, como símbolo contemporáneo de este deseo de modelar el cuerpo para convertirse en esculturas artificiales.

También se aporta la idea de que además de estos factores sociales, existen otros causantes de la enfermedad, que deben tenerse en cuenta para encajar correctamente los elementos socioculturales. La anorexia y bulimia son una especie de tumor maligno social, pero este tumor no fue imprevisto, sino generado por la sociedad, porque si una adolescente quiere comprar un pantalón de marca y le dicen que para su talla no se fabrica, si en las revistas sólo hay fotos de mujeres delgadas, si buena presencia significa menos kilos para conseguir un trabajo, si en las agencias de modelos se rechazan jóvenes diciéndoles "vuelve cuando hayas bajado seis kilos", si... etc., allí se está generando el tumor.

Según E. De Llanos, (1992), la cultura determina las pautas de la alimentación y si la cultura cambia, igualmente la alimentación lo hará. Si en la cultura influyen modas, publicidad, desarrollo económico, intereses y religión, en la alimentación también, y de esta manera el no comer puede ser desde un síntoma de mala salud, hasta la manifestación de una prueba y un reto social que hay que superar a toda costa. También V. Loureiro (1994), aporta lo siguiente a este respecto:



## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

*“Hasta el advenimiento de los antibióticos, la delgadez era considerada sinónimo de enfermedad o de fácil propensión a padecer tuberculosis y es a partir de la década de los cincuenta cuando al someterse este padecimiento a los trastornos médicos el tener sobrepeso dejó de constituirse en una necesidad”.*

Por tanto vemos como la sociedad ha evolucionado estéticamente por los avances de la cultura de la imagen pero también por los avances de la ciencia médica, lo que ha hecho convertir el antiguo seguro de vida que era la gordura, en un seguro de enfermedades propias de la obesidad. Hoy en día surge la fantasía de la obesidad incluso en mujeres normales, que desean adelgazar a toda costa no por razones de salud sino por razones estéticas, también porque prolonga la esperanza de vida o la hace más placentera. También S. Jiménez Murcia (1997) comenta la equivocación actual, donde estar delgado es sinónimo de éxito y además de salud y R&J Dextreit (1984) insiste en este aspecto diciendo,

*“La esbeltez está en relación directa con la salud. Es causa de longevidad, hace la vida más agradable y proporciona una constante juventud”*

En la misma línea, aporta J. Toro (1996),

*“El anhelo de delgadez está galvanizado a toda una sociedad. Se trata de un fenómeno de radical novedad, por sus dimensiones, en la historia de la humanidad. El cuerpo delgado sobre todo el de la mujer, se ha constituido en una especie de conditio sine qua non para la felicidad terrenal posible”*

En la cita anterior se pone de manifiesto igualmente la presión que se ejerce principalmente sobre la mujer ante el hecho del adelgazamiento frente al hombre, aunque en la actualidad existen muchos varones que se someten a regímenes adelgazantes, muy pocos aun pasan por el quirófano; en comparación la mujer está sometida a una moda poco natural, que nos aleja de las formas curvilíneas de otras épocas, el hombre a diferencia, no ha modificado notablemente su canon desde la época griega.

## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

En la actualidad tanto la dieta como el ayuno se consideran como dogmas de la nueva religión del pesar lo menos posible, cuya transgresión alejándose de dicho precepto del ayuno, supone no menos que una aberración pecaminosa.

*“El ayuno y la abstinencia de anoréxicas y bulímicas, así como de la amplia galería de candidatos a serlo, se practica ahora en función de la belleza corporal(..), ayuno y penitencia están asociados a salvación, penitencia, ascetismo y culpa, ahora hay la restricción alimentaria, practicada extensamente mayoritariamente, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Pero se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Sólo mediante un cuerpo delgado parece lograrse la aceptación social y por ende la de uno mismo, únicamente mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente” (J. Toro. (1996)*

Dentro de esta nueva religión occidental, similar a la judeocristiana por su dualidad y separación del cuerpo y alma con el fin de atribuir al cuerpo lo pecaminoso y al alma lo divino, aparece el afán de la espiritualidad evitando la necesidad de comer por rendir culto al cuerpo, elevado a su condición divina y exento de cualquier placer pecaminoso relacionado con la comida o la sexualidad, ya que no olvidemos que la negación de la sexualidad es uno de los elementos característicos que aparecen en la anorexia restrictiva fundamentalmente.

Según Marañón, citado en A. de Miguel, (1997) dando cuenta de la moda de hace sesenta años, anticipaba la sociedad actual en materia de delgadez, llevada a sus últimas consecuencias en los siguientes términos.

*“Nunca se ha extendido a mayor número de seres humanos; ni nunca se ha llevado a tales extremos, casi esqueléticos, el prototipo delgado de la figura humana”.*

La estética de la actualidad ha desarrollado una nueva moda, la de perder peso a toda costa, la moda se caracteriza por ser algo continuado en el tiempo, pero dentro de un periodo efímero del mismo tiempo, por lo que según A. de Miguel, si fuera una moda debería haber acabado, y hoy sigue estando vigente y no sólo exageradamente sino que se ha convertido en obsesión colectiva; siguiendo la tendencia J.Toro (1996) expone que la preocupación por la apariencia es tan importante que se lucha contra el desarrollo físico evolutivo, preocupándonos exageradamente porque los

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

## IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

## IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

## IV.4 LA MODA

“alimentos” “no alimenten”. Siguiendo a la obsesión por las formas más estilizadas, es curioso como el muñeco publicitario Michelin conocido por todos, ha sufrido recientemente un adelgazamiento de aproximadamente el 30 % de su volumen. La popular mascota cuyo nombre auténtico es Bibendum, nos ha acompañado en todo el mundo como uno de los símbolos asociados a una marca más conocidos por sus populares michelines<sup>30</sup>. los cuales no se sabe muy bien a qué, se han sometido a la fría pluma del dibujante que le ha recortado aquello por lo que se identificaba.

Nos encontramos pues ante una psicosis colectiva, que desencadena patológicamente los entresijos de la mente, y nos hace evolucionar desde una neurosis obsesiva a una psicosis, en la que la realidad y la imaginación se mezclan sin ser capaces de discernir cual es cual. En realidad la sociedad actual está inmersa en una imagen del cuerpo más delgado incluso de lo estéticamente conveniente, que se acepta como los antiguos dogmas de fe, pero sin la necesidad de la fe, puesto que realmente la percepción se ve alterada, y el ideal de todos está por debajo de lo que sanitariamente es bueno para la salud. Los enfermos de TCA, padecen la enfermedad de llevar hasta el último extremo este dogma de fe del que hablábamos, e incluso de practicar con sus propios cuerpos, sacrificando su salud con el fin de glorificar su espíritu y hacerlo libre, siendo aceptado socialmente después e haber alcanzado la ansiada pérdida de peso.

*“La reacción es una múltiple cadena de preocupaciones: adelgazar, hacer ejercicio, comer menos o abstenerse de ciertos alimentos (casualmente los más palatables), medicarse. El extremo puede llegar a las dietas rigurosas, la medicación continua, la cirugía estética. El círculo perezoso se cierra porque los más preocupados por la salud acaban siendo así los verdaderos enfermos, no sólo imaginarios. Aunque se conserve la salud lo que no se devuelve es la juventud.” (A. de Miguel, 1997)*

Como hemos visto anteriormente ya hemos comentado la cita suficientemente y en lo único que haremos hincapié es en el último renglón, “lo que no se devuelve es la juventud”, esta frase es reflejo del sufrimiento al que se ven sometidos los enfermos de TCA, que pasan sus preciosos años jóvenes perdiéndose en disquisiciones a propósito de su imagen, que no se sienten realizados como personas en un mundo que les agobia y en el que no saben vivir, porque problemas familiares,

<sup>30</sup> Bibendum, el popular muñeco Michelin, cifra su nacimiento en torno 1894 cuando los hermanos Michelin visitaron la exposición Universal y Colonial de Lyon. En la entrada del stand de la firma había situada una pila de neumáticos, la cual sirvió de inspiración para la creación de Bibendum que nacería definitivamente en dieciocho98, y que sería de gran popularidad en nuestro país por su presencia en vallas, folletos... unido siempre a la línea de comunicación de la marca, hasta el punto de saltar a nuestro diccionario coloquial, como reflejo del excedente de grasa que suele acumularse alrededor de la cintura, y que recuerdan a la voluminosidad de la mascota.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

## IV.1 CONTEXTO GENERAL SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

personales, o estereotipos sociales se han interpuesto entre su infancia y su madurez, echando a perder su juventud. Como dice Manuel Vicent, en J.Toro (1996),” *No tiene ningún sentido abrasarse el alma con lechugas para recuperar la belleza si uno después no está a la altura del placer cuando llega*”. Se deja ver pues la absurda obsesión por conseguir una imagen que cuando uno la consigue, está tan desmejorado y enfermo que no puede disfrutar de ello, entonces echa de menos su tiempo desperdiciado y juventud, su esfuerzo y su salud perdida en el intento. Igualmente en consonancia con lo que estamos refiriendo recordemos unas palabras de R.Tagore, capaces de ilustrar tal situación: *"No llores por no poder ver el sol, no sea que las lágrimas te impidan ver las estrellas"*.

## IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.

### IV.2.1.GORDOS O DELGADOS

En las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de los ciudadanos de las sociedades desarrolladas, una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso, salud. Nada como ojear las estadísticas para tener una idea aproximada de la trascendencia que ha adquirido la imagen corporal en este final de siglo, y valorar el abrumador número de personas que desearía estar en el cuerpo de otro.

Así, en una reciente encuesta realizada en EEUU a treinta mil personas, y publicada en Psychology Today, se destaca que un 93% de las mujeres y un 82% de los varones interrogados están preocupados por su apariencia y trabajan para mejorarla.

Analicemos los datos referidos a la población española para ver como nos comportamos a la hora de la alimentación. ( Ver A. de Miguel, 1997).

Partiendo de una población normal y teniendo en cuenta que no se está encuestando a personas con trastornos de la alimentación, los estudios en la sociedad española respecto al tema de la gordura y la delgadez presentan los siguientes datos.

Entre los dieciocho y veintinueve años, el porcentaje de gordos está en torno al 8%. Como vemos es mínimo y aunque la edad de los encuestados es a partir de su mayoría de edad, se puede entender que en una población de catorce a dieciocho años los porcentajes no serán ni mucho más elevados, ni más bajos que los primeros.<sup>31</sup> Podemos decir que en una primera adolescencia y juventud los porcentajes de personas con ligero sobrepeso, no es muy abundante y es en esta misma sociedad donde sin causa aparente se están desencadenando cada vez con más fuerza los trastornos del comportamiento alimentario.

---

<sup>31</sup> Podemos tener en cuenta que la edad comprendida entre los catorce y dieciocho es propia del desarrollo, donde se produce una acumulación de grasas y un aumento de peso sobre todo en la mujer, que no se estima suficiente, pasado a porcentaje como para que exista una diferencia muy grande con el primer grupo de edad contemplado en este estudio.

En hombres y mujeres, de veintinueve a cuarenta y cinco años, el porcentaje sube al 15% y como continúa el estudio. *“Para cada sexo la entrada en la barrera de los cuarenta y cinco años supone aumentar la proporción de las personas gordas”*. Es a partir de esta edad cuando se empieza a subir de peso, entre los cuarenta y seis y sesenta y cinco el porcentaje está en torno al 28%. Las mujeres pasan además a engordar más a partir de los sesenta y cinco, a diferencia de los hombres de la misma edad; siendo los porcentajes similares en torno al 28%, para pasar después los varones al 26% y la mujer al 32%. (A. de Miguel, 1997).

De los datos anteriores podemos sacar en claro como en nuestro país no abundan las personas obesas, las cifras son bajas y se hacen mayores al aumentar la edad. La diferencia se hace más notable al comenzar la época dorada, para las mujeres principalmente, donde la dejadez, los achaques de salud y el propio envejecimiento, hace que engorden por encima de lo que lo hacen los varones.

Otro de los aspectos del estudio es la relación entre la percepción de la salud y la gordura. A igualdad de sexo y edad, si la sensación de mala salud es mayor la tendencia aumenta hacia la gordura, (se comprende en el estudio la sensación subjetiva de enfermedad puesto que no se preguntó a los encuestados por sus enfermedades reales). (A. de Miguel, 1997) Las personas de menos de cuarenta y cinco años que decían tener buena salud tendían a la obesidad en un 11%, los que decían tener mala salud estaban en torno al 15%. (Como vemos no existe mucha diferencia entre los de buena y mala salud para una misma edad, pero sin embargo los hombres y mujeres de más de cuarenta y cinco años que dicen tener buena salud, tienden en torno al 26% a la gordura, y los que confiesan una mala salud, el 32% de los hombres y el 33% mujeres, presentan síntomas de sobrepeso. (A. de Miguel, 1997). Concluimos que aunque nuestro país no es un país de obesos como EEUU, la degeneración de la edad, y el pesimismo en la actitud ante la vida, así como la percepción o realidad de mala salud, hacen que los cuerpos tiendan a la gordura.

Mucho más en consonancia con nuestro trabajo es la siguiente encuesta respecto a los hábitos de comida, donde se percibe que el 13% de la población siguen una dieta; y en el mismo estudio se percibe que más del 35% evitan comer y beber algunos alimentos que le engorden o les sienten mal (hubiera sido interesante discernir cuantos no comen por sentirse gordos y cuantos por alguna restricción de la salud), el 50% comen y beben sin privarse, de este porcentaje en la población de menos de cuarenta y cinco años, los gordos son los menos. En los de más de cuarenta y cinco años tampoco abundan las personas que sin dejar de comer y beber, estén gruesos,

aunque el porcentaje es ligeramente mayor en las mujeres; de igual modo aquellos que se sienten más saludables tienden igualmente a comer de todo con más facilidad que aquellos que se sienten con mala salud, más abundantes entre las mujeres.

De todo esto podemos sacar algunas consideraciones:

Primero, que no vivimos en un país de obesos donde los TCA sean una consecuencia de la génesis del entorno donde uno ha nacido.

Por otra parte, que según los datos, existe un alto porcentaje de personas que se reprimen a la hora de comer tanto por el miedo a engordar como por la salud, más abundante en edades más avanzadas. Este dato como ya comentamos sería mucho más rico si diferenciara aquellos que no comen por no engordar de aquellos que no comen por un régimen médico, ya que las motivaciones de unos y otros grupos son muy distintas, de todos modos lo que sí se percibe en los datos es que a medida que se alcanza más edad, los que tienen motivaciones de dietas por salud aumentan más que los que tienen motivaciones estéticas exclusivamente, más propio en mujeres de edades más jóvenes.

En último lugar los datos dicen que se puede ser normal o incluso delgado sin privarse de ningún alimento, como así lo demuestran las encuestas, y que según sea la percepción subjetiva de la salud así se determinan unos u otros comportamientos alimenticios. En cualquier caso la jovialidad, el optimismo y el bienestar son fundamentales para cumplir la tónica: comer de todo sin tener que renunciar a estar en forma.

Una vez visto este trabajo referido a 1997, hemos creído oportuno mirar algunas de las conclusiones que arrojaban estos estudios unos años antes y percibir las diferencias, por ejemplo en los años 1993/94 y 1994/95. Hemos percibido que no existen grandes diferencias en los comportamientos y opiniones dos años después, quizá porque el tiempo no ha sido suficiente para experimentar cambio o quizá porque la sociedad cambia lentamente.

Respecto a la edad, los datos prueban que desde los dieciocho a sesenta y nueve años va aumentando sistemáticamente la proporción de gordos, desde un 7% hasta un 30% entre los sesenta y cinco a sesenta y nueve años, sin embargo la obesidad a estas edades, es más propia de mujeres que de hombres, por tanto son estas las que más vigilan su peso, aunque según la opinión de A. de Miguel, (1993/1995)

las mujeres cuidan más su peso aun no siendo gordas, de igual manera los datos arrojan que la sensación de querer adelgazar es mayor con la edad, lo que por otro lado no se llega a entender cuando aumentan tan alarmantemente los enfermos de TCA, en la adolescencia, quizá porque los cuerpos al ir perdiendo jovialidad y frescura, quieren recuperar las formas de la juventud, olvidando que la tendencia natural es a ganar unos kilos con el paso de los años, realmente podemos decir que la verdadera motivación que se esconde detrás de este comportamiento está más cerca de la conservación de la juventud que de la obsesión por adelgazar. Otra cosa que nos suscita comentario es la relación que dice existir entre la clase acomodada y la delgadez, puesto que no se escapa a la vista de nadie la realidad de personas influyentes, ricas o de la farándula del cine o la televisión, preocupadas por su peso y consecuentemente delgadas. Esto no es ninguna novedad pero sí es de destacar que cuando se habla de TCA no vale ubicarlo en clases altas puesto que no sería verdad, ya que estos enfermos pertenecen a cualquier clase social.

Según (A. de Miguel 1993/1995) las diferencias que marca la posición social se evidencian más si se trata de algún tema relacionado con la apariencia exterior, por ejemplo el **estar gordo** o el **vestir mal**, porque ambas se pueden cambiar con un poco de voluntad y cierto sacrificio, (huelga decir que una más que la otra por supuesto)

### IV.2.2 IDEA SOCIAL DE LA GORDURA.

*“El culto a la apariencia corporal es la nueva forma de idolatría. Habrá que animar a los iconoclastas. Pero, en el entretanto, miremos el significado social de la gordura. Valga como curiosidad que, en la jerga política del XIX madrileño, la gorda era una palabra ponderativa con que los progresistas anunciaban la revolución liberal. (A. de Miguel, 1997)*

En el siglo pasado, se asociaba la gordura a las nuevas ideas revolucionarias que traerían un nuevo porvenir a la nación. Era pues la gordura portadora de elementos de libertad y de progreso. Hoy en día la gordura es más bien la cárcel del cuerpo, que se empeña en verse libre de una máscara angustiosa que no le gusta. En la actualidad no existe respeto por las formas generosas, el ser gordo es una lacra para la persona que la padece, no ya desde el punto de vista de la salud, sino desde el punto de vista de la aceptación social, elevando esta categoría a elemento de discriminación personal.



## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
IV.4 LA MODA

En la actualidad ser gordo es digno de dejadez y abandono, incultura, tara psíquica, o falta de autocontrol (S. Jiménez Murcia en V.Turón Gil, 1997) como si el que es gordo lo fuera siempre porque quiere y cuando él quisiera pudiera dejar de serlo, ante este panorama nos preguntamos como se puede enfrentar uno a la opinión que tiene la sociedad de la gordura, estando obeso. Ser obeso es hoy uno de los estereotipos más extendidos en la sociedad y mucho más allá de estereotipo, se entiende como el único prejuicio social aceptado por la comunidad a diferencia del sexo, la raza, condiciones por las que hemos peleamos, la gordura está bien vista que sea despreciada. (Stunkard y Sobal, 1994, citado en Turón Gil ,1997). Esta obsesión afecta principalmente a las mujeres de clase media alta y alta, diferenciamos que no estamos hablando de anorexia o bulimia, sino de preocupación por la obesidad. El incremento de la incidencia de la obesidad y sus graves consecuencias, han desatado la alarma entre los profesionales de la salud, que advierten de la necesidad de realizar campañas de educación para prevenirla. P, Jáuregui (1998).

Como dice A. de Miguel ha ocurrido lo inevitable, hoy en día la gente ha tomado para sí el valor de la gordura y de la delgadez asociando peyorativamente la una a todo lo negativo y a la otra, todo lo positivo. Los hombres y mujeres de hoy deberíamos entender y admitir que;

*“El ser gordo o delgado es como ser rubio o moreno, con los ojos de uno u otro color. Son rasgos que contribuyen a romper la monotonía de la especie, pero que condicionan poco las conductas de los humanos. Otra cosa es que la sociedad introduzca el valor de la gordura o la delgadez, pero ese es otro asunto”. (A. de Miguel, 1997)*

La obesidad se ha convertido en una auténtica "epidemia global". Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988 citado en M.N. Vera Guerrero, 1998) el problema del sobrepeso se está extendiendo en muchos países de una forma llamativa, y algunos expertos consideran que este fenómeno va a ser uno de los principales desafíos a los que tendrá que enfrentarse la comunidad médica en el siglo XXI.

La obesidad independientemente de condicionamientos sociales es perjudicial para la salud. En los últimos años, se ha demostrado con cada vez más claridad, que existe una relación notable entre el exceso de peso corporal y los ataques de corazón. Algunos estudios también han vinculado este problema a la aparición de la diabetes y del cáncer, de acuerdo con las alteraciones de la salud que pueden traer los kilos de más, la obesidad no debe ser solamente una cuestión cosmética o un fenómeno

que se debe enjuiciar desde un punto de vista moral, sino sobre todo una enfermedad que se está convirtiendo en peligrosa.

En la actualidad estamos dominados por las dos epidemias contrarias, la del sobrepeso, y la del infrapeso, tanto unas como otras igual de nocivas y de peores consecuencias sociales y psicológicas. No cabe duda de que el país más afectado por la "epidemia" del sobrepeso es EEUU. En los noventa, un 22,5% de su población, ochenta millones de norteamericanos, se encuentra en una situación de obesidad clínica, mientras que en 1980, la cifra estaba cerca del 14,5%. En el país más rico y poderoso del planeta, aproximadamente la mitad de los adultos pesa más de lo que le conviene desde el punto de vista médico. P. Jáuregui (1998). Incluso entre los niños estadounidenses, se ha detectado un incremento preocupante de obesidad. Entre los años setenta y noventa, el porcentaje de niños con problemas de peso aumentó del 15,2% al 22,3%, y el de niñas subió del 15,8% al 22,7%.

La OMS, (1988) cree que lo que está ocurriendo en EEUU puede extenderse a muchas otras zonas del planeta, ya que en buena medida el problema se debe a ciertos cambios provocados por la modernización: una vida más sedentaria y una alimentación rica en grasas; sin embargo, tampoco hay que olvidar que los problemas de sobrepeso se deben en parte a factores genéticos. Está claro que el ambiente sociocultural influye, pero no de la misma forma en todas las personas. Algunas son mucho más propensas a engordar por motivos biológicos y por lo tanto, son mucho más vulnerables al fenómeno de la obesidad.

En los últimos años se han descubierto en ratones varios genes que, al mutarse, provocan obesidad. Existe un gen, por ejemplo, que regula la producción de la leptina, una hormona que desempeña un papel fundamental en el mecanismo del apetito y de la saciedad, si este gen no funciona correctamente, los científicos creen que quizás el cerebro no informa adecuadamente a un individuo sobre cuándo debe dejar de comer. También se han descubierto ciertas proteínas que regulan el ritmo del metabolismo corporal, y que pueden provocar desequilibrios energéticos en ciertas personas. Por otra parte, algunos estudios (P. Jáuregui, 1998) han demostrado que quizás el sobrepeso no afecta a todas las personas de la misma manera, ya que la gravedad del fenómeno depende de la parte del cuerpo en la que se acumula el exceso de grasa. Al parecer, la grasa que se amontona en el abdomen es mucho más peligrosa que la que se acumula en los muslos y en el trasero. En otras palabras, las personas con forma de manzana tienen más riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares que las personas con forma

de pera. Esto se debe a que la grasa del abdomen se descompone con más rapidez y entra en el sistema sanguíneo con más facilidad.

En definitiva como dice (M.N. Vera Guerrero, 1998) habría que poner menos énfasis en la cuestión del peso corporal, y más en la importancia de la dieta y el ejercicio, algunas personas pueden estar sanas aunque pesen mucho, con tal de que coman bien y no hagan una vida demasiado sedentaria. Otros investigadores, sin embargo, creen que el sobrepeso siempre incrementa el riesgo de problemas coronarios, independientemente de cualquier otro factor. Todos los avances y descubrimientos que se han conseguido en los últimos años sobre los aspectos biológicos de la obesidad podrían permitir en el futuro el desarrollo de nuevas terapias para combatir este problema. No obstante, para ser eficaz, cualquier medicamento tendrá que combinarse siempre con cambios en la alimentación y en el estilo de vida.

En cualquier caso, hoy por hoy, no existen ni fármacos mágicos ni dietas milagrosas contra la obesidad. Por lo tanto, de momento lo mejor es apostar por campañas de prevención que conciencien a la población sobre los riesgos del sobrepeso y eviten el problema desde el principio. En una sociedad preocupada por los TCA, surgen especialistas igualmente preocupados por la obesidad y sus causas y remedios, lo que dificulta aún más el panorama puesto que por una parte los médicos se empeñan en restringir la comida a todos para evitar la obesidad y por otro se intenta concienciar a los jóvenes que deben comer sin miedos para evitar obsesionarse con la figura. Algunos creen que a la obesidad hay que combatirla en estos momentos como se ha combatido en el pasado, y se sigue combatiendo, al tabaco y al sida: con campañas eficaces de educación pública. Esta campaña contra la obesidad se centraría en tres objetivos: reducir las porciones de comida, promocionar el consumo de verduras, frutas y otras comidas con poca grasa, especialmente entre los niños; incentivar la actividad física de una forma creativa, presentándola como algo divertido, sobre todo en los colegios, de igual manera la campaña educativa debería prevenir los comportamientos alimenticios irregulares que podrían hacer de un niño normal, un niño obeso o anoréxico.

## **IV.2.3 ANÁLISIS DE HÁBITOS DE CONSUMO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**

Para conocer mejor las necesidades y preocupaciones de los adolescentes, es fundamental conocer cuales son sus hábitos de consumo puesto que esta información nos aporta criterios suficientes para inferir elementos de juicio en nuestra investigación.<sup>32</sup>.

Hay que aclarar que estos datos forman parte de la investigación planteada en el Capítulo III, a propósito del estudio de las publicaciones referidas a jóvenes de catorce a diecinueve años, y su interés es el de determinar el perfil actual de la adolescencia. Este apartado se considera parte del estudio exploratorio. También destacaremos que estos datos se refieren al consumo y hábitos de la población en general, enfermos o no y que están fundamentalmente orientados al sector femenino, por el mayor número de mujeres existentes preocupadas a estas edades por el físico.

### **2.3.1. Los productos más consumidos.**

Por edad podemos decir que las jóvenes contenidas en el segmento de edad que estudiamos, consumen semanalmente y mayoritariamente estos productos según el Estudio General de Medios (1996) son: refrescos de cola 73,5 %, principalmente "light", (ver productos adelgazantes, caso Coca Cola), refrescos de fruta 50,7%, zumos naturales 41,3%, chicles 69,6%, chocolatinas 40,1%. Hay que destacar además el consumo de yogures con un 86%, fundamentalmente naturales con un 60% frente a los de tipo BIO, 13%, desnatados 18,5%, líquidos 7,8%. Otros productos consumidos por nuestra juventud son, un 74,3 % consumen cacao soluble, café envasado molido 71,1%, pan de molde 50%, queso en lonchas 50%, queso al corte 67,5%, margarina vegetal 58%, aceite de girasol 52,6%, tomate frito envasado, 54,3%, caldos 49%, salchichas envasadas 34%, cereal de desayuno 35,5%, infusión envasada, 34,6%, patés/foi-gras 34,5%.

Como podemos observar dentro de los lácteos los más consumidos son los que menos engordan, yogures naturales y desnatados, el resto de productos más

<sup>32</sup> Los datos siguientes han sido interpretados a partir de las tablas acumuladas de los informes del Estudio General de Medios, 2ª y 3ª oleada de 1996

consumidos son los relacionados con la cultura del "fast food", como es el caso del queso en lonchas, pan de molde, tomate frito etc.

### **IV.3.2.2. Lo que menos se consumen**

Los productos de menor consumo semanal para la juventud son: anís, brandy, vinos finos, champán, que no superan el 1% de las encuestas realizadas. Vamos a destacar el consumo de edulcorantes con un 4%, que aunque no es significativo nos interesa tenerlo presente a la hora de investigar. En general aunque elementos como la sacarina no tienen notable relevancia, en ocasiones esto se produce por el control de las madres sobre la alimentación, pero la realidad es que estos jóvenes consumen productos de bajas calorías, principalmente las chicas preocupadas por su peso.

### **IV.2.3.3. Hábito de uso de productos semanales.**

Las jovencitas se decantan por la colonia y el desodorante con más del 80%, frente a las cremas antiacné que ocupan el 13,6 %, y las nutritivas y de manos con el 28% y 30 % respectivamente.

Para el cuidado de sus cabellos, prefieren el champú acondicionador un 50%, y la espuma moldeadora con el 30%, al uso aislado del acondicionador, tintes o anticaídas del cabello. Además, en lo referente a la cosmética de verano, se broncean usando un bronceador para todo el cuerpo en el 60%, el 40% toma algún "after sun", y otro 40% no usa ninguno.

En cuanto a los productos típicamente femeninos: entre el 40 y el 60% de las jóvenes usa perfume, limpiadora, tónico, body milk, cremas de color, polvos compactos, colorete, sombra de ojos, rimmel, barra de labios, laca de uñas, frente a las antiarrugas, como era de esperar y los anticelulíticos con un 1,5 % del uso. La higiene femenina está absorbida por el uso de la compresa con un 92,3 %, y los tampones 36% en semejanza con los salvasilip 35%.

Como hemos observado el consumo de productos de belleza se dispara con relación a otro tipo de productos, en general, los jóvenes principalmente las chicas se cuidan más por fuera que por dentro, debido a que esta segunda parcela la de la

alimentación, corresponde en estas edades a la supervisión de la madre en el mejor de los casos o al descontrol alimentario.

### IV.2.3.4. Bienes y servicios

Entre los bienes y servicios que usan más frecuentemente debemos destacar los siguientes. La mayoría utiliza para el control de su economía, la cartilla de ahorros, con un porcentaje en torno al 60%, frente al 20% que usan tarjetas de crédito.

En el equipamiento de los hogares donde residen estas jóvenes de catorce a diecinueve años se encuentran los siguientes elementos del hogar. El 99% de éstas jóvenes de clase media y media alta tienen frigorífico, de las cuales el 52% lo tienen de dos puertas, el 90% tienen cocina a gas, el 93% además con horno, de los cuales el 62 % lo tienen en el mismo aparato, el 43% poseen microondas, el 40 % además aspiradora, freidora eléctrica el 51,3% y videoconsola el 43%. En cuanto a la televisión 45% tienen dos o más, en color el 100%, el 42% poseen TV portátil, además con mando a distancia el 76%, y con vídeo el 82%. La antena es individual en el 53% y colectiva en el 44%. En cuanto a la radio, el 72% la tienen en el coche familiar, el 60% solo radio y el 92% radiocasset, además radio despertador tienen el 56% de las jóvenes. Equipo de música tiene el 76%. Máquina de fotos el 89%, teléfono el 80%, coche (familiar) el 80%, de los cuales el 50% tienen uno, y el 27,8% poseen moto propia, de las cuales sólo el 4% poseen dos o más en el hogar, en cualquier caso de sus hermanos.

Como observamos dentro de la clase media a la que hemos referido los datos, el nivel de vida es medio alto, se ha tomado como referencia la clase media por ser la más numerosa por lo que aunque no se pueden olvidar a las clases bajas o medias bajas, con menor poder adquisitivo, estas personas tienen menos representatividad en nuestra investigación sobre hábitos.

Ahora vamos a mostrar algunos datos a propósito de nuestra juventud, para ver como se comportan, cuáles son sus hábitos y costumbres más destacadas. Principalmente recogemos los datos referidos a las lectoras de las publicaciones que según los datos del Estudio General de Medios han tenido mayor éxito de lectura entre la población a estudiar, ya que además de servirnos como punto de referencia, nos da la idea de un público más afín a nuestro trabajo, y nos orienta someramente acerca de los contenidos que le interesan más.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
**IV..2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA**  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Las revistas elegidas fueron, Nuevo Vale, Ragazza, Super Pop<sup>33</sup>, entre las muchas dirigidas a este núcleo de población. Los datos siguientes son simplemente orientativos del contexto social de estos jóvenes.

En cuanto a lo que les interesa comprar a los adolescentes, la tabla siguiente arroja los siguientes datos, según los últimos meses de referencia del estudio.

La mayoría compró discos y carretes de fotos, aunque el mayor número de las compras converge en la ropa vaquera y en los libros<sup>34</sup>, en su mayoría.

**Tabla 1**

QUÉ COMPRÓ ÚLT. 3 MESES	NVO. VALE	RAGAZZA	SUPERPOP
DISCOS	36,1	38	32,7
CINTAS VIDEOS VIRGEN	28,3	27,2	27,4
COMPACT DISC	17,5	21,3	28,7
CARRETES FOTOS	36,5	36,4	41,4
LIBROS	41,4	45,1	56,3
ROPA VAQUERA	52,4	53,4	58,1

(Elaboración propia a partir de los datos del EGM, 2ª y 3ª oleada, acumulada.)

**Tabla 2**

ACTIVIDADES DE 30 ULT. DÍAS	NUEVO VALE	RAGAZZA	SUPERPOP
FOOTING	14,5	19,4	18,2
GIMNASIO	13,1	13	15,7
OTRO DEPORTE INDIVIDUAL	19,8	23,6	23,4
DEPORTE EQUIPO	26,4	36,5	24,6
IR A DISCOTECAS	57,4	51,2	55,6

<sup>33</sup> Es importante observar, que en general los datos de las tres publicaciones no varían notablemente, esto nos ayuda a identificar la homogeneidad del público al que nos referimos, preocupado por las mismas cosas independientemente de las orientaciones que den a sus lecturas, en función de sus gustos. Como hemos visto es destacable por el contrario las diferencias entre las publicaciones, en cuanto a sus contenidos y la orientación de sus informaciones y de su presentación.

<sup>34</sup> Es muy posible que la compra de libros esté directamente relacionado con las tareas escolares, más que con el placer de la lectura únicamente.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
**IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA**  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

TUVO VACACIONES	80,6	86,2	86,8
EN ESPAÑA	48,1	51,6	58,1
PLAYA	45,6	48,3	45,3

(Elaboración propia a partir del EGM, 1998, 2ª y 3ª oleada, acumulada)

Como vemos la mayoría de nuestras jóvenes en los últimos treinta días disfrutó de vacaciones, principalmente en la playa y dentro de España, y fue a discotecas, frente al menor número que dedicó su tiempo en hacer deportes, en solitario o en equipo. Por tanto nuestras adolescentes están poco mentalizadas del beneficio del ejercicio físico y dedican su tiempo a la diversión nocturna.

En cuanto a sus hábitos dietéticos, antes habíamos dado unas pinceladas a propósito de los alimentos más consumidos pero ahora es el momento de valorar, la ingesta de calorías. En estos datos la población general confiesa no controlar las calorías en mayoría, en torno al 80%, frente al 20 % que sí lo hacen, en cualquier caso este porcentaje va aumentando progresivamente escapándose incluso al control de los padres, de la misma manera estas jóvenes confiesan no haber hecho dieta últimamente en los mismos porcentajes anteriores. Por otra parte hay que contar con el posible sesgo que entraña, contestar a estas preguntas sin haber mentido.

**Tabla 3**

<b>CONTROL CALORÍAS INGERIDAS</b>	<b>NVO VALE</b>	<b>RAGAZZA</b>	<b>SUPERPOP</b>
SÍ	17,9	16,3	17,5
NO	82,1	83,7	79,4
<b>LLEVÓ DIETA EN ULTIMO AÑO</b>	16,5	13,8	16,3
NO LA LLEVÓ	83,5	86,2	83,7

(Elaboración propia a partir de los datos del EGM, 2ª y 3ª oleada, acumulada.)

Para terminar y refiriéndonos a la movilidad y frecuencia de compra de estas jóvenes podemos decir que de la mayoría comprendida en esta edad, un 43,6%, no frecuenta nunca o casi nunca los grandes almacenes, el 36% de los jóvenes los visitan con poca frecuencia, y el 16% lo hacen 1 ó 2 veces al mes. En cuanto a la frecuencia de compra en hipermercados, el 50% lo hace 1 ó 2 veces al mes, la frecuencia de compra en supermercados es de varias veces a la semana en un 83,2% y la frecuencia de compra en un mercado, tampoco es baja referido al resto, puesto que esta es del 44%, varias veces a la semana.



## **IV.2.4 LAS DIETAS**

A pesar de los datos que acabamos de aportar sobre la población joven femenina y la manifestación de las mismas sobre el escaso control alimentario que llevan, el cual según los datos no exige el contar las calorías y la religiosidad de las dietas, consideramos que los regímenes, planes de adelgazamiento y otras manifestaciones adelgazantes, ocupan un papel muy importante en nuestro contexto sociocultural y por tanto merece nuestra atención dentro de este capítulo.

El miedo a la gordura se extiende por toda la sociedad, los libros de dietas mágicas son eternos "bestsellers", y la televisión de madrugada se adueña de máquinas complicadas que en la mayoría de los casos no sirven para perder peso, aunque sí para perder ilusión. Este panorama traerá un terreno fértil, abonado por las diferentes formas de trastornos de la conducta alimentaria.

Las dietas y la industria compulsiva del adelgazamiento, mueven millones de dólares y de pesetas que alaban la silueta esbelta y bella. Hoy en día todo lo relacionado con la alimentación ha transcendido hasta afectar no sólo a la escala social sino también a la escala individual, en cuanto a la primera, el hombre como dice Aimez citado en A. Guillemot (1994), ha pasado de ser cazador a campesino y a obrero, finalmente la revolución tecnológica, convierte al hombre en un productor industrial, que cada vez ha refinado más sus productos, para adaptarlos a las nuevas necesidades alimentarias y físicas del consumo habitual. En un mundo donde cada uno puede comer lo que desee sin limitaciones, paradójicamente muchos se niegan el placer de elegir los sabores y las texturas libremente si no es, pasando por el tamiz de las dietas y del adelgazamiento.

Aun contando con esta premisa, todas las dietas deben ser equilibradas y tener glúcidos, proteínas y algo de lípidos, además de fibras y micronutrientes que a veces es mucho para hacer una dieta hipocalórica, por lo que se decide eliminar grupos de alimentos como los glúcidos después de lo cual se obliga a quemar las proteínas. Es difícil hacerse a la idea, que el estar a régimen puede perturbar la salud, no un régimen del médico, sino uno cualquiera que se administra personalmente, los sujetos olvidan que las dietas deben ser personalizadas y controladas, ya que como apunta M. Alemany (1995), no se puede adelgazar igual para todos, dependiendo de las necesidades del

organismo, y mientras que millares de personas se mueren por la falta de alimentos, los supervivientes a dieta conviven con 150 millones de obesos<sup>35</sup>.

Todo este panorama se complementa, según Fichler y que reproduce A.Guillemot (1994), con que el hombre no sabe lo que come y esta tendencia ha desencadenado modernamente el consumo de productos naturales de la huerta, uno de los aspectos principales de esta crisis es la desaparición progresiva de la comida en torno a la mesa, el picoteo y fraccionamiento de los alimentos, se han convertido en una moda social, además de una necesidad en muchos casos porque los horarios no coinciden. Por otra parte el hecho de que en la familia unos hagan régimen y otros no, lleva al fraccionamiento de los menús y a la realización de comidas "a la carta" donde cada uno ingiere sin patrón, los alimentos a su manera, todo esto resulta contradictorio y ejerce sobre el consumidor un desconcierto generalizado en cuanto a su alimentación, que le lleva voluntaria o involuntariamente a una dieta desequilibrada y en muchos casos restrictiva.

Dos trabajos, uno publicado en la revista American Journal of Pshysiology y otro difundido en el Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, ensalzan los beneficios de la restricción de la dieta en monos. (P.Matey, 1997) El Instituto Nacional del Envejecimiento de EEUU inició en 1987, estudios sobre la restricción calórica en primates, con el fin de la búsqueda de un milagro que pudiera retrasar el reloj biológico del envejecimiento. En uno de los laboratorios de la Universidad Cornell, el científico Clive M, McCay y sus colaboradores realizaron un nuevo hallazgo: la dieta restrictiva había conseguido aumentar la expectativa de vida de un grupo de ratas en un 33%. De tres años de vida pasaron a cuatro. Posteriormente, este grupo de científicos pudo comprobar que los animales que siguieron una dieta menos calórica se conservaban más jóvenes y sufrían menos enfermedades asociadas al envejecimiento que sus compañeros de estudio, los roedores a los que les permitieron seguir con su dieta normal. El trabajo de McCay confirmaba así una sospecha científica que se remonta a 1930, momento en el que empiezan a surgir las primeras evidencias que relacionan las dietas restrictivas con el aumento de vida en ratas y otros mamíferos.

Este panorama y estos avances positivos en torno a la restricción alimentaria no justifican la aparición de TCA, de forma epidémica y alarmante entre

<sup>35</sup> A algunos expertos intuyen que la reducción de la dieta diaria a 1.800 calorías es el camino para que el hombre llegue a centenario. Una apuesta basada en los estudios sobre restricción calórica hechos en animales, y cuyos resultados muestran que las dietas espartanas retrasan el envejecimiento, reducen el riesgo de males asociados al paso del tiempo y prolongan la vida. Así que, de confirmarse estos hallazgos en el hombre, y si no se fuma y se bebe, y se mantiene un peso constante, haciendo ejercicio, e incorporando hábitos saludables a su vida, se tenderá a prolongarla.

la población adolescente, que precisamente por un proceso de autodestrucción alimentaria casi inconsciente, se niegan a sí mismos el privilegio de la juventud y posteriormente del envejecimiento, ya que de forma prematura, maduran aun siendo niños, y deciden casi sin querer aislarse para envejecer prematuramente.

#### **IV.2.4.1 DE LA DIETA RESTRICTIVA A LA DIETA ANORÉXICA**

Cuando una joven con riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria se propone hacer dieta se arma de fuerza de voluntad y de lechugas y automáticamente deja de comer. Si no “falla” en su dieta, puede ser que quiera seguirla más allá de haber alcanzado el peso supuestamente pretendido. El rigor del peso pretendido será siempre un “poco más bajo” de lo que ella alcance. Pronto su cuerpo se acostumbrará a no comer y quizás empiece a tenerle asco a la comida. Esta chica está en el camino de la autodestrucción.

Como hemos ilustrado, unos de los elementos que pueden ser desencadenante de la enfermedad, es la realización de dietas inapropiadas que en la actualidad vemos con frecuencia en revistas o que aplicamos por consejo de amistades. Aparecen así las dietas del huevo duro, y todos los días las veinticuatro horas huevo duro para desayunar, comer, cenar; o la de la zanahoria o la manzana, y de las cuales equivocadamente algunos piensan que ésta o la otra, es la dieta que lleva a la felicidad y al éxito. El profesor Roberto Yunes (ALCMEON 16,1996) apunta a propósito de este tema que estamos ante la cultura del hedonismo, donde todo significa éxito a través del cuerpo, por eso las dietas aparecen como la salvación a los problemas.

Si las dietas funcionaran ¿por qué, entonces, hay un nuevo libro sobre dietas en el mercado cada mes?, ¿por qué los institutos de adelgazamiento tienen clientes reiterativos?. La industria de lo “diet” y lo “light” ha quintuplicado sus entradas en los últimos años, lo cual sostiene esta tendencia. La obsesión llevará inevitablemente a consumir los productos que prometen el milagro, vendiendo mucho más si se menciona la palabra “dieta” en la tapa de las publicaciones, o envases de todo tipo.

Existen según Bilz (citado en A. Guillemot,1994) dos comportamientos alimentarios que se reproducen en nuestra sociedad, por un lado el COMENSALISMO y por otro el de ALIMENTACION VAGABUNDA. El primer tipo es el tipo familiar que se da en los hogares donde la tradición permite comer tres veces al día ordenadamente; por otro lado el segundo modelo es el que permite comer esporádicamente, aquello que primero se encuentra, de forma desordenada y poco ortodoxa en cuanto a la preparación

de los alimentos, todo esto lo permite en parte el consumo de productos precocinados de fácil elaboración, disponibles en cualquier momento para su consumo y a cualquier hora. Otro elemento augurador de este tipo de comidas es el establecimiento de supermercados de horario prolongado que permiten el acceso de una cantidad de vagabundos consumidores dispuestos a preparar una comida rápida y en cualquier momento, y que además se dejan llevar a veces por la compra por impulso de productos y golosinas que responden a la única motivación del antojo.

Este comportamiento de alimentación vagabunda, tiene mucho que ver con el de los TCA, los enfermos de anorexia comen a deshora o no comen, esconden el alimento o se niegan a ingerirlo delante de nadie, se saltan comidas, y no las preparan adecuadamente evitando que alimenten, la bulimia igualmente tiene un elemento común a éste tipo de alimentación, la compra de productos por impulso, como golosinas y dulces, de alto valor calórico, disponibles a casi cualquier hora, que ingieren en secreto, por la calle o donde pueden, para vomitarlos después de cualquier modo y en cualquier sitio.

Las dietas están a medio camino entre ambas elecciones, por una parte niegan el concepto social de la comida porque hay que elaborar menús alternativos para cada preferencia, y además se acogen por otro lado a la rigurosidad de pesar alimentos, controlar calorías y las horas de ingesta que de alguna manera estarían acordes con el tipo de comida tradicional. Por otra parte el hecho de elegir alimentos extraños, de elaboración delicada en algunos casos y el hecho de aumentar el número de ingestas con menos cantidad de alimento en cada una de ellas nos hacen ser víctimas del "vagabundeo alimentario", porque la sensación no es la de comer satisfaciendo completamente la necesidad, sino más bien la de estar todo el día "picoteando" para no llenarse nunca verdaderamente el estómago. Estas maneras de alimentarse crean adicciones, y uno ya no es capaz de reestructurar una alimentación adecuada a un ritmo determinado si es presa de un trastorno del comportamiento alimentario.

Las dietas componen hoy en día un conflicto para el consumidor porque diferencian entre alimentos malos y buenos, (cuando no se dice, que existen alimentos que engordan y que adelgazan), los dietistas asumen de manera tajante las categorías de alimentos, cuando la realidad es que ningún alimento es malo en sí sino dependiendo de las circunstancias del sujeto, por ejemplo el azúcar no es malo en sí pero sí contraproducente para un diabético, de la misma manera los alimentos no engordan o adelgazan por sí mismos, de entrada ningún alimento adelgaza y ninguno engorda si no se especifica la manera de consumo, por otro lado debería hablarse de alimentos más o menos convenientes según el consumidor y por ende más o menos energéticos, y no

hablar de "bueno o malo", cabe reproducir aquí aquel refrán español que dice: "aquello que no mata engorda" este refrán no deja de ser una sentencia que quiere en esencia recoger la capacidad del alimento de ser bueno para el hombre, siempre que no sea peligroso de entrada para la salud, y asemejando la bondad de los alimentos con la capacidad de estos de hacer engordar, fruto de la tradición antigua en la que en contraposición con la actualidad, aquellos alimentos que más energía aportaban y más ricos en grasas, se consideraban mejores.

Hoy en día huelga decir cual es la tendencia actual, justo la contraria, dándose la paradoja continua de que incluso aquellos productos con menos energía y por supuesto de más fácil elaboración y aprovechamiento, cuestan más caros que los productos en su esencia, por ejemplo la leche que se desnata para venderse como leche de consumo habitual es en algunos casos y según las marcas, más cara que la entera, cuando de la nata eliminada se hace la mantequilla, que a pesar de ser sucedáneo de la leche, incluso puede superar su precio. Por otro lado, la ciega influencia de la alimentación americana nos ataca y nos hace ingerir el doble de calorías de lo que deberíamos y por tanto aumentar nuestra culpabilidad y nuestro peso.

Según Victor Córdoba (*El Mundo*, 1997). "*Un desayuno típicamente americano constriñe las arterias. Huevos fritos en mantequilla, bacon y tortitas con sirope -algo que suele verse por las mañanas en todos los hoteles de EEUU- eleva la cifra de grasas en la sangre y disminuye la capacidad de dilatación de las arterias.*"

De hecho, una de las consecuencias de las dietas ricas en grasas saturadas, al tener elevados los lípidos en sangre, es la de favorecer la arteriosclerosis y alterar también, negativamente la funcionalidad de los vasos sanguíneos<sup>36</sup>.

Los adolescentes, que tienen su personalidad en formación, con las inseguridades propias de la edad, se vuelven las "víctimas fáciles" de una sociedad que premia a los delgados y excluye del éxito a los que no tienen el cuerpo ideal. De esta forma se alienta la disconformidad con uno mismo, disfrazada de "mejorar", "ser más exitoso", "ser más atractivo" o "gustarle más al hombre". La dieta se convierte finalmente

<sup>36</sup> Científicos de la Universidad de Maryland en EEUU, han realizado un estudio que prueba como los antioxidantes disminuyen los efectos negativos que, sobre el calibre de las arterias, tienen las comidas con grasas saturadas. La conclusión es que, en caso que se vaya a consumir una hamburguesa, es mejor hacerlo después de haber premedicado al organismo con una dosis extra de vitamina E y C. (V. Córdoba. *El Mundo*, 1997)

en el factor principal para que el trastorno aparezca, no se supere y se perpetúe. Estos continuos fracasos son una carga adicional para la frágil autoestima de los adolescentes. Las dietas y malos hábitos de alimentación, nos devuelven al tema que nos ocupa.

El bombardeo en sus cabezas de la idea de adaptarse a su mundo a través de la restricción alimentaria, a veces les hace que “fallen” en su control y así entren en un círculo distinto en el que fluctuará entre periodos de ayuno y/o dietas muy estrictas y explosiones de hambre contenida, con culpa, sensación de fracaso y asco de sí mismo. Consecuentemente sobrevendrán las “compensaciones” por el descontrol: dietas más estrictas, laxantes, diuréticos, píldoras anfetaminas, vómitos, etc. El límite de las dietas a veces se traspasa hasta convertirse en una auténtica obsesión que en algunos casos, raya el fanatismo, el resultado es una especie de neurosis nutricional, que afecta a todos y a todas las clases sociales, y que determinará el comportamiento de las enfermas actuales o futuras.

Es evidente que todos luchamos por tener un bajo índice de masa corporal a través del cual el peso y la altura están relacionados entre sí en justa proporción.<sup>37</sup> Mucho más cuando a la llegada de la primavera, empezamos a pensar en la piscina y ya hay mucha gente que se mira desnuda al espejo sin encontrar en él la "silueta perfecta" que quisiera. Con ese desmesurado culto al cuerpo que impone la sociedad de nuestros días, al llegar esta época empieza el aluvión de las dietas consideradas milagrosas. Con el anzuelo de lo fácil que es perder los kilos de sobra, proliferarán las revistas femeninas, y las cada vez más abundantes publicaciones sobre salud y "fitness". Se trata de combinar el zumo de pomelo con los huevos o de mezclar los perritos calientes con helados o de abandonar hasta el último gramo de hidratos de carbono y entregarse a las proteínas y las grasas, cuando no se recomiendan asociaciones raras, se pide al sujeto que ayune hasta casi la huelga de hambre. De esta forma se garantiza a los incautos, que llegarán a la playa con una silueta parecida a la que tienen las modelos famosas.

Los expertos en nutrición ya se han puesto de acuerdo para alentar contra este fraude no tanto porque nieguen que en algunas ocasiones las dietas milagrosas consiguen sus propósitos y hacen perder peso a los que se atreven a llevarlas a cabo, sino por los peligros reales de estos procedimientos y la efectividad de estas dietas a medio y largo plazo. Ayunar hasta que la acetona en sangre sea tan elevada que elimine la sensación del apetito, o ingerir sólo grasas con la intención de eliminar la producción de insulina por el páncreas, es antifisiológico. De hecho, los médicos insisten en que ya

<sup>37</sup> El índice de Quetelet relaciona,  $IMC = \text{PESO} / (\text{ALTURA})^2$ , el peso y la altura. El resultado de la operación determina la conformidad de tus dimensiones que si no supera 27 supone un peso normal, si está entre 27 y 30 existe ligero sobrepeso, entre 30-40 la obesidad es moderada y más de 40 es mórbida.

hay descritos muchos casos de complicaciones graves secundarias a este tipo de dietas. Además, los kilos perdidos de esta forma suelen recuperarse con gran facilidad.

#### **IV.2.4.2 DIETAS PARA ADELGAZAR**

En consonancia con lo anterior ahora nos toca hablar de las famosas dietas adelgazantes

El 99% de las personas que realiza una dieta insana y descontrolada, pierde peso pero vuelve a recuperarlo con el paso del tiempo. Habrá que repetir una vez más que los "cuerpos danone" son producto de un estilo de vida y no de una dieta de urgencia, por más yogures desnatados que se añadan a ella. Los que quieren presumir en bikini tienen que plantearse una dieta completa y moderada de por vida y, sobre todo, hacer deporte.

Según G. Casino. El Mundo. (1996), con toda la ironía que se quiera pero no sin cierta base real, hay quien sostiene que la mejor manera de engordar es seguir una dieta de adelgazamiento. Ciertamente, los que se ponen a dieta suelen ser los más gordos, sin que por ello en muchos casos dejen de serlo. Entre los obesos son muy habituales las llamadas dietas, que se traducen en una pérdida y posterior ganancia de peso de forma cíclica. La obesidad resulta tan difícil de eliminar porque su origen es multifactorial y, aun aceptando que la raíz del problema sea el comer demasiado, es la consecuencia de la interacción de factores metabólicos, genéticos, ambientales, conductuales, psicológicos y culturales, a esto hay que añadir la confusión que existe sobre qué dieta es la más adecuada para perder peso. Dejando de lado las más extravagantes, las dietas que han venido gozando de mayor popularidad y respaldo médico son las de alto contenido proteico y bajo contenido en hidratos de carbono, pero ni siquiera éstas han demostrado científicamente ser mejores para adelgazar. Algunos estudios achacan a las dietas proteicas, que pueden disminuir la serotonina cerebral, un neurotransmisor, cuyo déficit provoca cambios en el humor y el sueño e incluso aumenta el apetito<sup>38</sup>

Las que se basan en lo contrario (muchos hidratos de carbono y pocas proteínas) están haciendo furor en Estados Unidos, pero tampoco tienen suficiente

<sup>38</sup> Los efectos del Prozac, medicamento muy conocido en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y en la bulimia, se deben precisamente al aumento de la serotonina cerebral.

base científica. Los expertos en nutrición no desaconsejan ni las unas ni las otras, sino que invitan a seguir cualquiera de ellas una vez que un especialista médico ha evaluado las razones del sobrepeso, aunque para evitar cualquier deficiencia nutricional lo mejor es alimentarse de la forma más variada posible.

El problema en España no es ni de lejos comparable al de Estados Unidos, donde uno de cada tres adultos es obeso. Aunque no faltan ofertas de adelgazamiento, muchas de ellas son engañosas, crean problemas adicionales y acaban fracasando. Por eso es tan importante que el obeso se sienta a gusto con su dieta y pueda mantenerla sin hacer excesivos sacrificios. La mejor manera de garantizar el éxito es que contenga alimentos que le gusten a uno. ¿Y qué pasa si lo que le gusta a uno es la comida basura, llamada eufemísticamente comida rápida ("fast food"), pues tampoco hay por qué eliminarla ni para adelgazar ni para seguir una dieta sana. Según una investigación publicada en la revista *Archives of Internal Medicine*. P.Matey (1998), es posible reducir los niveles de colesterol comiendo hasta cinco veces por semana en un McDonald's y tomando los otros dos días una comida con poca grasa. Los resultados en la nutrición ciertamente, no son tan buenos como si se toma a diario una dieta baja en colesterol, pero indudablemente, la primera dieta es sin duda más fácil de seguir para los amantes de las hamburguesas.

Lo único, o casi, que tiene claro la mayoría de las personas que quiere adelgazar es que hay ciertos alimentos que son como la fruta prohibida: el pan, la pasta, los cereales y las legumbres en definitiva, los carbohidratos. Esta idea preconcebida, común entre la población y errónea, según la literatura científica, puede tener sus días contados.<sup>39</sup> La fobia a los carbohidratos se debe a una idea preconcebida que no tiene ninguna base científica. Sin embargo, está demostrado que un mayor consumo de este tipo de nutrientes desempeña un papel positivo en la pérdida de peso, y en la salud, muchos trabajos están demostrando que las personas obesas tienden a consumir más grasa y menos hidratos de carbono. Parte de este comportamiento se basa en que las personas con sobrepeso muestran una apetencia natural por la grasa que puede deberse a las costumbres familiares, culturales o simplemente al apetito.

Existen además, varias razones por las que una dieta rica en hidratos

---

<sup>39</sup> Un grupo de expertos del departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, P. Matey, (El Mundo, 1996), ha realizado dos estudios de revisión sobre el consumo de hidratos de carbono y la obesidad o la regulación del peso corporal, cuyas conclusiones demuestran que la dieta más eficaz para perder peso es la pobre en grasa y rica en hidratos de carbono, por encima incluso de las que aconsejan disminuir la ingesta de calorías o grasa, únicamente.



de carbono puede promover una pérdida de peso:

- Las dietas ricas en carbohidratos complejos (frutas, verduras, pasta, arroz, cereales, legumbres, hortalizas) tienen más agua y más fibra y menos densidad energética que la grasa, por lo que hay que consumir gran cantidad de éstos para conseguir un nivel de energía.
- Tienen más potencial para provocar sensación de saciedad.
- Incrementan el gasto calórico.

Además, los carbohidratos son relativamente ineficaces como sustrato para transformarse en grasa, ya que para conseguirlo se necesita el 23% de las calorías ingeridas, mientras que las grasas sólo necesitan el 3% de la energía para ser almacenada. A pesar de que la mayoría ha seguido una dieta alguna vez, existe un desconocimiento general sobre qué tipos de alimentos deben moderarse. Así que, a pesar de la preocupación por el peso y del conocimiento de los nutrientes para una alimentación sana, la mayoría de los jóvenes mantienen falsas creencias.

Un trabajo hecho con 533 jóvenes, destaca que aunque un 51% marcó la grasa como componente más calórico (9Kcal/gr), el segundo temido eran los carbohidratos, 3,8 Kcal/gr, aunque realmente son menos calóricos que la proteína (4Kcal/gr) o el alcohol (7Kcal/gr).(P. Matey, 1998)

Siguiendo algunas curiosidades de la dieta, en lo referente al alcohol, un trabajo realizado por expertos de la Universidad de Colorado, EE.UU, sugiere que el consumo moderado de vino tinto en la comida, no influye en el aumento de peso, ni afecta para nada a los niveles de glucosa y de insulina en sangre. (M. López Blanco, 1997)<sup>40</sup>.

Hay que romper muchos tópicos en la sociedad española respecto a la dieta más adecuada para perder peso. Pero sobre todo, hay que seguir insistiendo en que la alimentación equilibrada es la mejor herramienta para una buena salud, ya que a pesar de la difundida dieta mediterránea, los ciudadanos siguen sin seguir la pirámide de alimentación.

<sup>40</sup> Una posible razón para que el vino no afecte a la ganancia de peso, es que el alcohol se metaboliza de forma distinta al resto de calorías, el consumo moderado no cambia los niveles de glucosa y de insulina, que aumentan cuando se gana peso. Se asume que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de obesidad ya que tiene una densidad energética similar a las grasas, pero según este estudio, la recomendación de reducir el consumo de alcohol no tiene base demostrada, si se hace con moderación. Journal of American College of Nutrition ( P. Matey. El Mundo.1998)

### **IV.2.4.3 EL NEGOCIO DEL CONSUMO DE LAS DIETAS**

Si las dietas son un negocio para muchas empresas, no es la cuestión de nuestro trabajo, pero teniendo en cuenta que existen detractores y defensores de esta actividad, es incuestionable que existen algunos datos que pueden ilustrar este mercado algo indiscriminado en torno a las dietas.

A principios de los ochenta, los americanos gastaban diez mil millones de dólares en su belleza, durante 1981, según A. Guillemos (1994), en 1988 gastaron setenta y cuatro millones y a lo largo de los noventa la cifra fue subiendo. En Inglaterra se gastó un billón de libras al respecto cada año, según Balzaguette, 1994, (citado en J.Toro, 1996).

El negocio desde luego presenta un panorama cada vez más desolador y agobiante cuyo objetivo no es tanto la pérdida de peso sino la oportunidad de empresa generada en torno del adelgazamiento. Es realidad que 2/3 de las mujeres y 1/3 de los hombres atiende al consumo de métodos adelgazantes, principalmente a alimentos "light", porque según F. Alonso-Fernández, (1996), entre las jóvenes de veinte años el 80% ha hecho dieta, el 30 % hace ejercicio para adelgazar, y lo que menos se consume entre ellas, son píldoras adelgazantes. También J.Toro y cols. (1985) presentaron un estudio de revistas, en las que observaron la publicidad pro-esbeltez, determinando que uno de cada cuatro anuncios inducían directa o indirectamente a la necesidad o deseo de bajar de peso.

No vamos a negar la preocupación por el peso, actual en nuestra sociedad, y para apoyar el deseo enfermizo de la delgadez reproducimos a Chermin (1982),

*“En esta era cuando la inflación ha asumido proporciones alarmantes y la amenaza de guerra mundial se ha convertido en un grave peligro, cuando está aumentando la violación criminal, el desempleo es un hecho social persistente, los encuestadores preguntan a 500 personas, que es lo que más temen en el mundo, y 190 de ellas responden que su máximo temor es engordar”*

Esta actitud se da principalmente entre las mujeres que por su deseo de reducir tallas, quizá se vuelvan más sensibles a los elementos del mercado que están relacionados con este deseo, pero el error no es el mercado, sino la conciencia social del adelgazamiento que por otra parte sería imposible cambiar solamente con la publicidad, sino que sería necesario la actuación en todos los factores sociales añadidos.

A través del texto anterior vemos como el adelgazamiento se ha convertido en un artículo de consumo y empresas fabricantes, necesitan fieles adoradoras de la delgadez, esto ayuda a que la imagen de las mujeres aparezca cosificada, ya que es cierto que se ha generado un negocio abusivo en torno al adelgazamiento y que la mujer es su principal víctima. Muchos autores denuncian el abuso de estos mercados y así lo expresan:

*“Elemento a destacar es la cantidad de dinero que se mueve activamente para modificar el consumo en forma de publicidad cuya rentabilidad obviamente aumenta con la incorporación de millones de consumidores. El contagio aumenta y se hace vertiginoso cuando las sociedades son más homogéneas en lo económico e internacionales en la aceptación de cambios en sus costumbres “ (G. Morandé, 1990)*

También M. Alemany (1995), explica como el negocio del adelgazamiento tiene dos lecturas complementarias:

Por una parte, trata a los medios de comunicación como difusores permanentes de publicidad, que nos abrumba y agrede con ideales estéticos inalcanzables para la mayoría de la población.

Por otro lado, la otra concepción es la de la divulgación constante de temas sanitarios estéticos que nos persiguen sin un contenido científico pleno.

Según la misma autora para ella la publicidad vende descarnadamente productos sin pudor alguno y mantiene la excusa de enseñarnos cuerpos perfectos, mientras se crean mercados importantes de materiales para la belleza. Por el otro lado se agobia al consumidor con mensajes dirigidos desde el área sanitaria para que no se consuman alimentos que pueden ser perjudiciales para la salud si se toman en exceso, como el consumo del azúcar, las grasas, el colesterol. Como en todo, las exageraciones

no son buenas y en el caso de la alimentación, las restricciones alimentarias, son muchas y las exageraciones también. Hasta que punto un alimento puede ser perjudicial para una persona, ya que en general parece exagerado hablar de alimentos malos o buenos en este nivel. Por otro lado hay que reconocer, que es escasa la vigilancia social de las falsas promesas que se hacen relacionadas con todas estas manifestaciones. En la actualidad la regulación debería ser más efectiva y rápida a propósito de estos excesos, y en la medida en que sea necesario actuar igualmente sobre formas de publicidad engañosa de productos, con falsas promesas de adelgazamiento.

### **IV.2.5 EL DEPORTE**

En la sociedad actual el deporte se ha convertido en el complemento perfecto a la hora de vivir más tiempo, con mayor calidad de vida, equilibrando cuerpo y mente en el deseo de cuidar la forma física y en el intento de estar perfectos y aparecer así frente a los demás.

El deporte es casi el sustituto perfecto de las religiones, cambiando el culto a los dioses por el propio culto al cuerpo y que además supone una manera de unirse a los que ocupan parte de tu mismo grupo. En torno al deporte se comparte la diversión, las aspiraciones personales y la afición, además de la necesidad de mantenerse en forma. El rugby en América, el baloncesto, entre otros deportes de equipo, gozan de un gran número de aficionados y entre ellos el deporte rey por excelencia, el fútbol.

Es necesario diferenciar los deportes de equipo como los dichos más arriba, de los deportes cuyo objeto principal es el mantener el cuerpo en la línea, entre ellos por ejemplo el aeróbic o la gimnasia, de la misma manera las motivaciones son diferentes en uno y otro caso. Por otra parte los deportes cuyas motivaciones no son principalmente el mantener la línea, no son solamente aquellos que se practican en equipo, también aquellos practicados individualmente como el ciclismo, atletismo, natación, en sí no se categorizan como propios del adelgazamiento, sino que la diferencia está en aquellos que lo practican y en las motivaciones de estas personas.

Hacer deporte supone para muchos un certificado de longevidad, a la vez que es para unos una manera de mantenerse en forma, para otros supone una manifestación de competitividad, o el gusto por el riesgo, que es propio de los deportes modernos como el "puenting", o el ala delta, entre otros.

Por otra parte el riesgo de enfermar de un TCA, va parejo a algunos deportes cuya práctica no deja de inquietar a aquellos que estudian estos fenómenos en la actualidad, entre la población de riesgo, las atletas, las bailarinas de ballet y las gimnastas rítmicas y deportivas son un campo de gran riesgo para los TCA, ya que el éxito en los mismos, como en el ballet por ejemplo, depende del desarrollo de un cuerpo flexible y sumamente esbelto. Los deportes de "apariciencia", incluyendo la gimnasia y el patinaje de formas (figure skating), y los deportes de resistencia como las carreras a campo traviesa tienen un riesgo particular (J. Toro, 1996). Las estimaciones para los episodios de los trastornos de la alimentación entre tales atletas corren tan altos como 60% a 70% (P. Matey, 1998). Tales deportistas, personas firmemente competitivas que son generalmente perfeccionistas, cumpliendo así un rasgo común entre las personas con trastornos de la alimentación, luchan por la mejora constante en sus hábitos dietéticos así como en su dedicación.

La anorexia también pospone la pubertad, haciendo que las atletas femeninas jóvenes retengan una forma muscular de niña, sin la acumulación normal de los tejidos grasos en los senos y en las caderas, lo cual podría mitigar su borde competitivo. Los entrenadores a menudo multiplican el problema al alentar un control de las calorías y pérdida de los tejidos grasos, ejerciendo en casos un excesivo control de las vidas de los jóvenes, humillando delante de los demás miembros del equipo o imponiendo castigos a aquellos que han pasado las previsiones de peso.

El problema en los deportes, así como en otras áreas de la cultura, existe principalmente en las mujeres. Aunque los atletas masculinos pueden seguir una dieta tan restrictiva como las mujeres durante una temporada de competiciones, los hombres son más aptos para volver a los patrones de comida normales una vez que la temporada haya concluido.

Por otra parte existen estudios que muestran las deficiencias en la alimentación de las atletas españolas;

Según Patricia Matey (1998)

*"Ni están tan sanas, ni practican lo que todos conocen como la dieta más equilibrada. Las atletas, lejos de la creencia popular mantenida durante décadas, no son el modelo perfecto de salud. El motivo: no siguen una alimentación adecuada a sus necesidades. Un hecho que, a corto plazo, puede determinar la posibilidad de que una*

*atleta se convierta o no en campeón. A largo plazo, en cambio, estos desequilibrios nutricionales pueden acarrear graves riesgos para la salud".*

Elena Quintas (1998)<sup>41</sup> demuestra que la mayoría de las atletas españolas sigue una dieta inadecuada.

*"Los errores que estas deportistas cometen con su alimentación se deben a una falta de información, así como a la existencia de ideas preconcebidas sobre determinados alimentos".*

El estudio presentado, demuestra que las deportistas españolas,

*"A pesar de su constante preocupación y deseo de mejora, no presentan hábitos alimentarios más saludables que la población sedentaria, demostrando así que existe un gran desconocimiento respecto a las prácticas nutricionales más convenientes".*

Un total de treinta y tres bailarinas del Conservatorio Superior de Danza de Madrid, quince esquiadoras del Equipo Nacional de Esquí, que compiten en el ámbito nacional e internacional, y veintiséis jugadoras de baloncesto de las categorías senior y juvenil, que participan en campeonatos nacionales, formaron parte del trabajo. Como grupo de control se escogió a noventa estudiantes de un instituto de Madrid. Todas las participantes tenían entre dieciséis y veinte años.

Los resultados según las áreas analizadas fueron los siguientes:

#### **En cuanto al estudio dietético.**

*"Curiosamente, estas atletas consumen más grasas y proteínas que hidratos de carbono, como sucede en la población general española".*

Estos hábitos obedecen a la falsa creencia de que los carbohidratos (pasta, pan, cereales) engordan, cuando en realidad proporcionan energía.

La preocupación por la línea es una constante en el grupo de bailarinas (en menor medida entre las baloncestistas), que lleva aparejada la realización de dietas de forma frecuente. El estudio demostró que este grupo tiene más riesgo de sufrir trastornos alimentarios que las adolescentes sedentarias.

### **Estudio sanguíneo.**

A pesar de que las deportistas consumen más hierro que las adolescentes sedentarias, un 27% de las jóvenes que realizan actividad física elevada posee valores deficitarios de este mineral, mientras que sólo un 5,6% de las sedentarias sufre este problema. Esta deficiencia puede afectar al rendimiento físico, además de provocar problemas de salud. Las deportistas también presentan, en comparación con las que no practican ejercicio, niveles más bajos de vitamina B2.

### **Trastornos menstruales.**

Los malos hábitos alimentarios comunes entre las bailarinas son la razón de que un 53% de estas deportistas sufra problemas con la menstruación.

### **Densidad ósea**

Hacer deporte mejora la densidad ósea. El trabajo demuestra que la actividad física ejerce un efecto beneficioso sobre el hueso, Sin embargo, las adolescentes dedicadas a la danza no sacan provecho de esta ventaja, ya que sus alteraciones menstruales, su bajo peso y su escasa grasa corporal influyen negativamente en la densidad ósea. El elevado consumo de lácteos entre este colectivo tal vez sea un factor positivo que frene el deterioro óseo.

Los datos aportados por el estudio refuerzan la necesidad de que los deportistas reciban una mayor información sobre nutrición. En una sociedad donde hacer deporte está bien visto, hay que evitar que estas prácticas saludables para la salud del cuerpo y la mente, degeneren socialmente en factores de riesgo de TCA. En general es conveniente no obsesionarse por el deporte, y mantener siempre una dieta equilibrada que de alguna manera controle los desequilibrios corporales producidos por el ejercicio constante, un mal uso de la dieta y unos malos consejeros o entrenadores, pueden hacer que un deportista de elite caiga en las redes de un TCA, la existencia de deportistas enfermos de TCA en la unidad de psiquiatría del hospital Clínico de Barcelona, llevó a éste, en colaboración con el Centro de Alto Rendimiento Deportivo, a investigar la presencia de enfermos entre los jóvenes deportistas de elite, argumentando que algunos empezaron a enfermar por las exigencias de perder peso para un campeonato importante, y detrás del cual ya no pudieron parar. Este comentario puede hacernos reflexionar sobre la necesidad de llamar a la

---

<sup>41</sup> Doctora en Farmacia, autora de la tesis presentada a comienzos del mes febrero de 1998 en la Facultad de Farmacia, de la Universidad Complutense de Madrid.

CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

**IV..2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA**

IV. 3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV..4 LA MODA

responsabilidad a aquellas personas más empeñadas en los fines que en los medios para conseguirlos.



## IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO

### IV.3.1. LOS HOMBRES "DANONE"

En estos últimos tiempos, cuando el hombre se atreve incluso con las fuerzas de la naturaleza, el culto al "cuerpo danone", ha puesto de moda ciertos productos "light"-el tabaco, muchas bebidas y alimentos-. De forma paralela, psiquiatras y médicos destacan cómo se ha ido gestando un tipo de hombre que se califica al igual que la mujer, como el "hombre light".

En torno a esa cuestión nos preguntamos por su perfil psicológico y su posible definición. El "hombre light" que nos esforzamos en crear, como ideal de nuestra sociedad es posiblemente un hombre relativamente informado -es decir, indigestado de noticias pasajeras y manipuladas-, pero con escasa educación humanista, muy convencido del pragmatismo, por una parte, y adherido a bastantes tópicos por otra. Todo le interesa por aquello de la aldea global, pero a nivel superficial y sin profundizar, acepta los tópicos que le ofrecen los medios de comunicación. El enorme volumen de información y la incapacidad de absorberla le incapacita, en muchos casos, para hacer la síntesis de aquello que percibe y, en consecuencia, deviene en un sujeto trivial, ligero, frívolo, que lo acepta todo, pero que carece de unos criterios sólidos en su conducta.

Tiene una personalidad etérea y leve y ha visto tantos cambios, tan rápidos y en un tiempo tan corto, que ya no sabe a qué atenerse o, lo que es lo mismo, hace suyas las afirmaciones del "todo vale", "qué más da" o "las cosas han cambiado". Y así, nos encontramos con que, aunque puede ser un buen profesional y conocer la tarea que tiene entre manos, fuera de ese contexto prescinde de ideas claras, atrapado -como está- en un mundo lleno de información que le distrae, pero que poco a poco le convierte en un hombre superficial, indiferente, consentidor, en el que anida un gran vacío moral.

Hace unos años una conocida marca de coches, hizo suyo un eslogan: **JASP**, que son las siglas usadas en su publicidad para crear una nueva definición de su público y halagar a sus potenciales consumidores: *Joven Aunque Sobradamente*

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

*Preparado*, es la reivindicación de un sector que exige desmarcarse de la teórica definición del "hombre light" del párrafo anterior. En general la superficialidad a la que se tiende, nos hace abrirnos a elementos vacíos que llenen nuestra identidad y que nos justifiquen nuestra joven personalidad. La realidad del sistema actual nos ofrece un panorama árido, impera el utilitarismo, y hace que un individuo tenga cierto reconocimiento social por el único hecho de ganar mucho dinero. *"El consumo destructivo, el consumo por el consumo, se materializa en muchos hogares de la clase media"*, A. de Miguel (1990).

Esto lleva al hedonismo, hay que pasarlo bien a costa de lo que sea, éste es el nuevo código de comportamiento, lo que apunta hacia la muerte de los ideales, el vacío de sentido y la búsqueda de una serie de sensaciones cada vez más nuevas y excitantes. La preocupación por el cuerpo aumenta el número de hombres sometidos a cirugías y bajo el manto de los TCA, por otra parte el hombre se está abriendo a los cosméticos, la belleza masculina es una nueva oportunidad de mercado, y entre ellos los productos capilares se han llevado unos ingresos de más de dos billones en EEUU, J. Johnston (1996).

La publicidad se ocupa de los hombres y presenta productos que anuncian entrenadores, deportistas de cuerpo fuerte y atlético, llegando al tópico verdadero de que hay una percepción sesgada de las personas triunfadoras, ya que no toda la gente guapa triunfa y lo tiene todo en la vida. Los gimnasios se llenan y los hombres empiezan a hacerse adictos a los esteroides, los cuales perjudican la salud seriamente. Según un curioso estudio de los años cincuenta por R. Harlow, (citado en Johnston, (1996)), llamado "Masculine Inadequacy and development of physique", se explicaba como el consumo de esteroides para aumentar la musculatura, era ingerido principalmente por una serie de hombres que practicaban el culturismo fundamentalmente por sobreponerse a un importante complejo de su masculinidad.

El culto al cuerpo masculino presenta algunas diferencias con el cuidado femenino, principalmente el hombre busca el volumen, luchar por diferenciarse en la competencia entre iguales, desempeñar un papel de arrogancia y confianza en sí mismo y aunque ya empiezan, existe una menor tendencia a los regímenes (en 1992, ya un 25% de los hombres se había sometido a dieta) y a la cirugía, a la cual se han sumado<sup>42</sup> el 30% en 1996, frente al 5% de los cinco años anteriores.

---

<sup>42</sup> Según datos de J. Johnston (1996)

La ética permisiva sustituye a la moral, lo cual engendra un desconcierto generalizado basado en el relativismo. Todo es relativo, con lo que se cae en la absolutización de lo relativo, todo es relativo menos el propio relativismo. De los entresijos de esta realidad sociocultural va surgiendo el nuevo "hombre light", producto de su tiempo, su norma de conducta: la vigencia social, lo que se lleva, lo que está de moda, su moral repleta de neutralidad, falta de compromiso y subjetividad, queda relegada a la intimidad, sin atreverse a salir en público. Fiel reflejo de este tipo de hombre; algunos jóvenes actuales, al buscar una nueva mentalidad que rompa los moldes estrechos del sistema actual, caen en la desorientación. Con esta "descreencia" se multiplica el individualismo, la falta de una conciencia comunitaria, de una conciencia de unidad entre las personas, los grupos, etc. El individualismo provoca un aislamiento despreocupado que contraviene la identidad de la sociedad humana. Esos factores personales, unidos a la falta de horizonte para independizarse y asumir sus vidas, lleva a muchos jóvenes a la automarginación, por múltiples causas y en múltiples formas, destacando el consumo de drogas y de alcohol con el sólo fin de desinhibirse y embrutecerse, sin búsqueda creativa, pura evasión, refugio en mundos ficticios huyendo de la realidad. La nueva droga del aislamiento son los TCA, que empiezan a hacer mella en el hombre vacío, y complicadamente insatisfecho de su vida y de su persona y que con los años, deviene en el hombre-masa, consumista y alienado.

La falta de ilusiones y expectativas entre la juventud actual es lo que provoca este panorama. No basta con criticar, hay que proponer soluciones a los problemas más inmediatos y plantear proyectos de futuro que ilusionen, que otorguen a la juventud el protagonismo social que merece, y que no oculten al hombre verdadero bajo un simple adjetivo: "light".

### **IV.3.2. LA MUJER "LIGHT"**

Comencemos analizando la frase de J. Johnston, (1996) "NO HAY BELLEZA NATURAL", es curioso como en esta máxima se percibe la relatividad de la belleza, como lo es todo en la vida, ya que no hay mujeres guapas o feas, gordas o delgadas sino que hay mujeres que nacen en su tiempo de acuerdo a los cánones y otras que no, como la mayoría nacen fuera de los ideales de belleza adoptados, solo algunas se permiten el apoyo de tener como decimos, una belleza natural, mientras el resto se esfuerza en acercarse a este ideal del cual se mantiene apartado mientras es ella misma.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

En la actualidad el canon está en lo que llamamos la mujer "light", la cual no es más que un modelo femenino que pregona la liberación de la mujer, la ausencia de conflictos y el culto al cuerpo. Para ella ser, es parecer, para conseguir parecer lo que una quiere ser, es necesario como decía A. de Miguel, abrasarse el cuerpo con lechugas para adelgazar, someterse a curas de antiedad o llegar a la cirugía estética. Para conseguirlo lo único válido es el autocontrol personal y la fuerza de voluntad. Según la idea actual, la mujer tiene obligación de ser bella, y esta obligación pesa en todas las culturas y sociedades.<sup>43</sup> Tampoco es cierto que esta tendencia se de en todas las épocas, diferenciemos aquellas donde el modelo "rubens" triunfaba frente al modelo "tubo", es verdad que en muchos momentos de la historia el deseo de realzar unas partes del cuerpo ha hecho sufrir a la mujer desde siempre, pasando por los sudores del corsé a los moretones de la cirugía, ambas con posibles consecuencias para la salud.

Hoy existe la categoría de mujer "light", nacida en los ochenta, con la era Reagan en EEUU, que supuso el salto a la igualdad de la mujer ya que para algunos el mundo es el reflejo de una pintura hostil en el que las féminas no eran del todo bien recibidas. La pregunta clave que empezó a repicar en los medios ya bien entrados los ochenta era: "Haber avanzado, ¿nos ayudó o nos condenó como mujeres?"

Todas las mujeres de la sociedad pueden estar fuera o dentro de esa categoría, pero si estás dentro te comprometes a ser la criatura domada en cuerpo y mente, donde no se interpongan conflictos ni grasas, viviendo en función de la imagen y del cuerpo, fortaleciendo su voluntad mirándote al espejo. La sociedad fabricó a la mujer "light", para adaptarla a la nueva realidad que había creado, una nueva sociedad con un hueco propio para este modelo que hace a todas las mujeres iguales, sin identidad particular, longilíneas, y que sólo aspiran a no salirse de la homogeneidad. La imagen física de una mujer "light" es la de una mujer delgada o adelgazada, esculpida en la eterna juventud ilusoria. Para conseguir su propósito, cuenta con una tabla de ejercicio, una dieta hipocalórica, un armario de cosméticos y en último lugar la factura de alguna liposucción o cirugía estética.

Su filosofía es, que lo que vale es estar a gusto con uno mismo, estar bien, aunque no es lo mismo llegar a conocerse ayudada de unos ejercicios espirituales, que ayudada de horas de ejercicio o cicatrices, por tanto todo se traduce en apariencias y superficialidad. Este prototipo que estamos creando reniega de la condición femenina, de los valores que enriquecen el papel de la mujer en la sociedad y de sus enormes potenciales, como ser humano inteligente, racional, decisor y ante todo mujer.

<sup>43</sup> No en todas las culturas se da esta manifestación de belleza, en el tercer mundo las necesidades son diferentes.

El modelo cada vez aspira a ser más exagerado en su delgadez y muchos autores han percibido el descenso de talla de las "misses" América. A. Mazur (1986) señala como durante el primer periodo de estudio, antes de los setenta, las medidas de estas eran 91-58-90, lo que muestra unas proporciones determinadas que pasarán después a la era "Twiggy", chica adolescente de diecisiete años con unas medidas de 79-56-81 que demuestran su delgadez rotunda y que revolucionó el mundo de la moda. El reflejo de la tendencia a la delgadez en Europa, empieza incipiente en los sesenta en España, donde la posguerra había puesto de moda la rotunda mujer de los años cincuenta, en el prototipo de Marilyn, y cuyo canon de belleza aun no se había abandonado a la entrada de los sesenta. Muestra de ellos son las páginas de sociedad de la época en donde se presentaban las "misses" españolas de estas épocas. Las candidatas a "Miss Internacional", presentadas en el certamen celebrado el 29 de junio de 1961 en California,<sup>44</sup> presentaban una belleza lejana a la extrema delgadez. Lo mismo ocurría con el certamen de "Miss España" de 1964, al que se presentaban representantes de las provincias españolas exceptuando Asturias y León, cuyos concursos quedaron desiertos, la ganadora fue la representante de Miss Madrid, M<sup>a</sup> José Vila, que medía 1,67 cm y tenía las hechuras, de una robusta mujer de pelo y ojos negros, muy al estilo español.<sup>45</sup> Como hemos avanzado más arriba la estela de la corriente hacia la delgadez, que venía con aires de Europa, se muestra ya en el resultado de la elección de "Miss Europa" de 1964, en cuyo certamen ganó Elly Koot, "Miss Holanda", cuya altura era 1,72 cm, y cuyas medidas coincidían con los cánones teóricos actuales, 90-60-91.<sup>46</sup>

Las chicas aparecidas en el Play Boy redujeron sus tallas de pecho y caderas para hacerse más longilíneas, y el peso promedio también descendió haciéndose más delgadas en general reduciendo aproximadamente un kilo por año su peso (J. Toro ,1996); el contraste es más fuerte cuando en esta época el peso medio normal de las mujeres aumentaba 3,5 kilos por año. La diferencia es notable si decimos que una mujer normal sin estar gorda, pesa diez kilos más como mínimo que una modelo. El hecho de que cada vez se marcan más las distancias hace que la lucha sea más dura, aun sin que exista la verdadera necesidad de adelgazar.

<sup>44</sup> La revista *SEMANA*. 11 de julio de 1961. En este certamen la candidata española quedó en el tercer puesto y estuvo acompañada por Carmen Cervera, representante española del año anterior en el mismo certamen celebrado en Beirut.

<sup>45</sup> La revista *SEMANA*. 5/5 y 12/5 de 1964.

<sup>46</sup> La revista *SEMANA*. 9/6 de 1964.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV. 3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

A. Mazur (1986) ha subrayado que las modelos de "Play Boy " mantienen en general sus pechos generosos pero tienden a igualar sus caderas y cintura.

Hoy en día la alternancia de "Marilyns" y "Twiggy's" es notable, sin que sobre el gusto se haya escrito nada, en general los hombres prefieren las curvas y redondeces. Los mitos cinematográficos de antes han cedido su lugar a la publicidad y a las modelos como Claudia Schiffer. El mito de la antigua y hoy posiblemente gorda Marilyn deja paso a unas mujeres asépticas, sin grasa, ni redondeces.

La existencia de productos "light" también ha desencadenado el consumo de mayonesas, edulcorantes, leche, yoghurt que llevan este adjetivo (mucho más atractivo que la palabra española dietéticos), y que han encontrado un núcleo de consumidoras entre todas las clases, dispuestas a pagar la mayoría de las veces un poco más por menos calorías.

La última parte del proceso llega cuando la terapia de dietas y ejercicio no consigue asemejarnos al ideal femenino, por lo que entonces recurrimos a cortarnos lo que nos sobra, o a ponernos lo que nos falta.

Con la liberación de la mujer más que una mujer social preocupada por los aspectos de la desigualdad, lo que se consiguió fue una mujer social preocupada por su menú de comidas, destruyéndose a sí misma en muchos casos ocultándose detrás de su trabajo minucioso y obsesivo que la protege física y psicológicamente de los conflictos, incluso a veces renunciando al placer para convertirse en una mujer fuerte, implacable, arrolladora, estresada y permanentemente activa.

La presión social para ser "Super mujer", pasa por tener un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto, debe ser una perfecta madre, deben tener un gran control sobre sí mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas.

"No seré una mujer tan maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura sí voy a lograr lo que me proponga". La idea que subyace es que el logro está puesto en el "objetivo: peso" y que inmediatamente se trasladará como por carácter transitivo a cualquier otra área de la vida. La dieta puede desembocar en un serio trastorno de la alimentación, y así aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación como efecto de "fracasar" en ese intento de manipular el peso corporal. Estos sentimientos ayudan a la persona para "probar nuevamente" con la dieta, así se

pone en funcionamiento el ciclo, también se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida. En especial surge un intenso miedo a ganar peso descontrolado, que contribuye a paralizarse aun más.

Hay que tener presente que hoy la delgadez es símbolo social, pero que el perseguirla nunca llevó a la felicidad. De hecho cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr las metas personales de bienestar, seguridad y felicidad que estaban planteados en los objetivos.

### **IV.3.3. LA EVOLUCIÓN DEL CUERPO FEMENINO**

Con la evolución de los años la silueta femenina ha sufrido un fuerte cambio que se ha dejado notar especialmente en la última época de nuestro siglo.

Desde la antigüedad la representación de la mujer era el símbolo de la fecundidad por lo que las estatuillas eran rollizas e incluso deformes en el ansia de ensalzar la femineidad, la primera de ellas se encontró a orillas del Danubio y data de 20000 a 30000 años a de JC, llamada la Venus de Willendorf. En la prehistoria, ésta como otras, representaban la imagen de la mujer que según algunos historiadores no tenía por qué ser el reflejo directo de la imagen que presentaban las mujeres de la época, aunque sí se veía en ellas el ideal de femineidad que abundaba en aquellos momentos.

Las estatuillas encontradas en los pueblos neolíticos, siguen idéntica tendencia así como los babilonios, egipcios y griegos de la primeras épocas. Resulta un arma de doble filo intentar juzgar las imágenes femeninas de estas épocas solamente con las manifestaciones escultóricas de las épocas, igualmente las pinturas podían arrojar dudas sobre lo dicho, puesto que tanto en las pinturas rupestres, como en las egipcias las mujeres aparecen delgadas. En las primeras se puede hablar de retratos puramente esquemáticos, pero no así en la pintura egipcia donde a pesar de la planicidad de las tintas y falta de perspectivas y volúmenes las mujeres parecen ser menos esquemáticas y no por ello obesas.

Con la llegada del imperio grecorromano las mujeres presentan una estética más redondeada, y abultada con un juego de volúmenes en sus caderas y con caras agraciadas y senos pequeños, sin exceso de grasa, ni "michelines" de carne colgantes,

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV. 3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

sus cuerpos aparecen firmes y bien cuidados. La tendencia seguirá en la Edad Media donde las mujeres aparecen un poco cargadas de hombros con senos minúsculos y redondeces protuberantes en el vientre y caderas, la figura parece estilizarse ya hacia el Renacimiento, al estilo grecorromano. En la época posterior, siglo XVII las redondeces se marcan sin recatos opulentas en los cuadros de Rubens y las formas se hacen voluminosas y rechonchas, carnosas y obesas en muchos casos, con carnes blancas y tiernos hoyuelos rojizos en sus mejillas. El ideal de esta época sería fácilmente superable para las chicas de hoy, a diferencia de la actual dificultad para conseguir la nueva estética de la imagen imperante. Con la Revolución Francesa el imperio propaga la idealización de una mujer al estilo grecorromano, pero poderosa, firme y fuerte.

En el XIX se abandonan las languideces renacentistas y con la derrota francesa de 1871, se instaura la gimnasia en el colegio aunque solo para los chicos mientras las chicas se dedican a tareas de costura y bordados. Con la evolución de los cánones físicos, a principios del siglo XX la mujer se hace más deportiva, practica ejercicio, y exige su derecho a vestir más funcionalmente haciendo desaparecer el corsé ya en 1909, donde el modisto Poiret lo suprime de sus modelos, y empiezan a salir los primeros sujetadores, la mujer se vuelve más dinámica y la estética cambia a favor de los cuerpos firmes y las carnes que se sujetan por sí solas en lugar de usar artificios, la forma del cuerpo evoluciona y las caderas anchas se reducen, las cinturas estrechas se mantienen, se evitan las languideces de los pechos caídos en función de un cuerpo más erguido y esbelto. El interés por mantener esta forma de tener el cuerpo, lo que traerá a finales del siglo XX, es aumentar la dificultad de cumplir con un canon físico, que se eleva a la categoría del culto a la delgadez.

La mujer, tras la autonomía adquirida con la primera posguerra, volverá después de la segunda guerra mundial, alrededor de los años cincuenta y sesenta, a relegarse a su hogar para hacer el papel de esposa y madre. En estos momentos surge explosivamente Marilyn Monroe como fantasía de todos los hombres e ideal femenino, hoy en día se dice que Marilyn estaba un poco gorda porque el ideal de belleza ha cambiado. En el cambio de los ideales de belleza tiene bastante importancia los medios de comunicación como propagadores de estilos, los ideales cinematográficos han dejado paso según Carmen Bañuelos (1994), a los publicitarios como Claudia Schiffer.<sup>47</sup>

El hombre también ha perdido el carisma cinematográfico del que disfrutaba, como por ejemplo Humphrey Bogart, con su aspecto de duro blando

<sup>47</sup> Aunque C.Bañuelos presenta a la modelo como fruto publicitario, de todos es conocida principalmente como modelo de pasarela aunque es cierto que ha hecho publicidad entre otras marcas para Fanta y Citroën Xara.



## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

(C.Bañuelos, 1994). El sexo masculino pasará a tener el estereotipo de hombre fuerte, viril, sin gota de grasa, guapo y robusto, bronceado y musculoso, además de perfumado.

Las tendencias hacia la delgadez empiezan a reflejarse a principios de los sesenta, junto al resurgir de la moda, que empieza a tener una importancia y un papel relevante en la prensa del corazón. Parece ser que las noticias relacionadas con la moda, interesan a las publicaciones de la época, existiendo un lugar para los certámenes de belleza, las tendencias y las modelos. Prueba de esto es la aparición de noticias como la elección de la "maniquí del año en París", cuya designación fue para una chica alumna de la popular modelo Lucky, que dirigía las "escuelas de maniquíes" de París y Niza<sup>48</sup>. En esta noticia se aprecia como las condiciones de una modelo no estriban sólo en la belleza sino en las cualidades físicas y la personalidad.

Como dice la revista SEMANA (1963) refiriéndose a la elegida y las modelos que la acompañan en la foto:

*"...son chicas monas, pero corrientes. Para estar considerada como la "mejor maniquí de París" no hace falta ser una mujer extraordinaria. Lucky fue durante muchos años la maniquí francesa que destacaba de todas por su tipo y su personalidad"*

Alrededor de 1965, la mujer empieza a sentirse decepcionada de nuevo, la prensa del momento anuncia esta tendencia hacia lo que hoy es la absoluta delgadez. En una noticia de la revista SEMANA (1964) se augura esta próxima moda de la estilización en los siguientes términos, la noticia se titula, "FLACAS, FLAQUÍSIMAS" y se refiere a las nuevas tendencias que se llevarán en el otoño de 1965, de la siguiente forma:

*"Según David Bond, del modisteril Grupo Slimma, para finales de verano las mujeres estarán en los puros huesos y deberán ponerse trajes negros, largos y escurridos, tanto si son con falda como si son de pantalones, que las harán aparecer todavía más flacas, flaquísimas."*

Este panorama se traduce en los setenta en la nueva liberación de la mujer que en la posguerra había sido obligada por la reconstrucción y que ahora es mucho más libre, una decisión tomada por una mujer autónoma, que aborda de manera diferente la educación de los hijos y el mundo laboral. Durante este periodo el ideal pasa

<sup>48</sup> Lucky, Lucie Jagan, fue una de las maniquíes más famosas de Francia, nacida en la Bretaña campesina; tuvo una hija Michele a la que siempre intentó apartar del mundo para ella frívolo y duro de la moda, triunfo como modelo pero no como persona y siempre se sintió desdichada por tener que vivir lejos de su hija, murió el 16/7/1963 a los 41 años de edad,

a ser Twiggy, la joven adolescente de diecisiete años destacada por su extrema delgadez, que responde en su estética a la noticia anteriormente reproducida, y junto a ella nacen numerosos centros de estética.

En EEUU, D.M. Garner y P.E. Garfinkel estudian en 1980, La evolución de las modelos de *PLAY BOY*, descubriendo como entre 1969 y 1978, las tallas y perímetros de espaldas crecieron, y el peso, la cintura y el contorno de caderas decrecían, la tendencia es idéntica en el concurso de Miss América y en el estudio realizado sobre seis revistas en las que se ve el aumento del número de artículos respecto a regímenes adelgazantes. El peso de la mujer descendió unos 3,4 kilos, mientras que el peso general de la mujer americana subía unos 2,8 kilos, por lo que las diferencias se acentuaban más entre las mujeres elegidas para ser bellas y el resto, casi destinadas a ser gordas incondicionalmente.

Posteriormente Wiseman y cols en 1992 (citado en C. Bañuelos, 1994) repitieron el estudio entre 1978 y 1988 y han observado como el peso ha seguido bajando además de estar entre un 13% y 19 % por debajo de las tablas de peso médicas.

Por otra parte parece observarse un descenso en el peso de la mujer incluso en las tablas de peso ideal que utilizan los médicos. En el caso de los hombres, el descenso fue menor, lo cual nos pone en los antecedentes de las nuevas tendencias de moda de las que parece hacerse eco exclusivamente el cuerpo femenino. El desarrollo de la estética del adelgazamiento, incluso el deseo de adelgazar mediante la cirugía, unido a los regímenes de revistas y consejos para evitar ganar peso son la tónica general antes de cada verano, el objeto es lucir un tipo perfecto en la playa cada periodo estival.

En resumen el retrato de las mujeres hoy en día, conforme al ideal femenino del que somos testigos, es el de una mujer guapa, aunque es más preferible ser atractiva, alta, delgada, ir perfectamente maquillada aunque natural, olorosa, sin grasas, seductora, liberales y autónomas, distantes pero asequibles, conquistables y como no bronceadas. En la actualidad cabe destacar como la imagen femenina, aparece ante los demás más autosuficiente y libre que nunca, segura de sí misma, sabiendo lo que quiere y buscando siempre elementos de juicio personales. Por otro lado la contradicción viene cuando esta mujer libre, parece ser esclava en muchos casos de su cuerpo, estando pendiente de su dieta y de su capacidad de mantenerse delgada para dar la imagen que

---

aquejada de una grave enfermedad, y sin dinero ni lujos. Extraído de la entrevista realizada a Michele Jugan (hija de

quiere dar. Las féminas se han liberalizado para esclavizarse en su afán de la estética, porque para conservar su autoestima, necesita verse delgada y esta sensación de ser esculpida casi en los huesos, le alimenta su fuerza interior y le hace más libre y segura ante la jungla masculina donde compite.

#### **IV.3.4. ALGUNAS FAMOSAS**

En las últimas dos décadas, la delgadez se ha convertido en la tarjeta de visita de todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. "Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva", destaca el doctor Gonzalo Morandé. (1990)

Además de entre estudiantes adolescentes, es relativamente fácil encontrar anoréxicas y bulímicas en sectores profesionales como las modelos, actrices, gimnastas, azafatas o bailarinas. También aquellas mujeres con una dimensión pública notoria pueden verse afectados por estos graves trastornos de la alimentación.

La anorexia y la bulimia, son conocidas popularmente a través del rostro de algunos de sus afectados como lo fueron Santa Catalina de Siena, Virginia Woolf , la cual se suicidó y Silvia Plath, de la cual se dice que tras varios intentos de suicidio, metió la cabeza en el horno de donde sacaba los dulces para sus atracones. Entre la realeza histórica la emperatriz Sissi de Austria, la cual cayó en un trastorno de este tipo como consecuencia de la muerte de su hija Sofía y de sentirse acosada por la farándula de la corte vienesa, según Ginette Rimbault (Vogue, 1996). Ya en la actualidad, la fallecida Lady Diana, poco después de su matrimonio con el príncipe Carlos de Inglaterra, en 1981, empezó a manifestar los primeros síntomas de bulimia, según Andrew Morton, Diana siempre se sintió aquejada de un complejo por no haber sido niño ya que antes de su nacimiento falleció un hermano suyo de pocos meses de edad, unido a una infancia en la que sentimentalmente le faltó cariño, unido a un matrimonio desacertado, le hizo caer en las garras de la bulimia que ella misma definió como "una espiral de desesperación" y "un amigo vergonzante" (Vogue, 1996) .

Quien se puede olvidar de la Twiggy de los años sesenta, con su escuálida imagen como modelo de Vogue. Se dice que en su vida privada era absolutamente

---

Lucky) en SEMANA (12/5/1964)

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

austera, como si de una monja de clausura se tratara en lugar de ser como las frívolas modelos de su tiempo. En los setenta las modelos Almée Llu y Benedetta Barzini también se confesaron anoréxicas en su época de "supermodelos". La actual Victoria de Suecia, reaparecida en público, recuperada después de un tratamiento en EE.UU. Actrices como Jane Fonda, o Tracey Gold, protagonista de la serie de televisión "Los problemas crecen", también la bailarina del Boston Ballet, Heide Guenther, que murió como consecuencia de una anorexia, y las modelos como Mandy Smith, o la española Nieves Alvarez, cuyas figuras se convirtieron en pocos años en esquelética. Gimnastas como la española olímpica Marta Bobo, sufrió en su adolescencia este problema, como consecuencia de las exigencias de la gimnasia, hasta el punto de tener que engordar tres kilos para poder competir en las olimpiadas de Los Angeles.

En común para todas ellas decir que estas son patologías de todos los tiempos, que en la actualidad, han sabido aprovecharse de las tendencias sociales de los países industrializados y de forma virulenta atacan a los jóvenes duramente.

Aunque no tan famosas por su linaje o profesión como por su historia de anorexia, referimos a continuación el caso de las gemelas Samantha y Michaela Kendall, de nacionalidad británica, cuyo caso saltó a la palestra por su crudeza. Viviendo ambas una historia de anorexia en una lucha a vida o muerte, Michaela perdió la batalla el 20 de abril de 1994, muriendo por fallo general del organismo debido a su extrema delgadez; tres años y medio después su hermana Samantha murió igualmente, tras un último intento de recuperación del cual pareció salir recuperada, pero que evidentemente solo fue una vez más entre las muchas que se propuso dejar de sufrir.

Estos casos y otros como estos, reflejan el crudo panorama de las enfermedades de TCA. En España aunque no se conocen datos fiables puesto que no existen estudios oficiales al respecto se estima que existen 500.000 jóvenes (según ADANER, Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia nerviosa y bulimia) que padecen estas afecciones, sin contar con el número de enfermos aún no diagnosticados que esconden sus síntomas ante la familia y amigos e incluso ante ellos mismos en su afán de adelgazar para encontrar su propia perfección.

Somos aun inconscientes de la gravedad y alcance de estos trastornos cuando entre el "glamour" de las pasarelas, a una de nuestras últimas "misses" España, se le niega la posibilidad de desfilarse en la pasarela Cibeles por tener una talla cuarenta, ya que solo aceptaban tallas treinta y seis, según la modelo, en unas declaraciones que

hizo al programa *Crónicas Marianas* el 10 de febrero de 1998, "prefiero estar sana y sentarme a ver el desfile que desfilar estando enferma".

### **IV.3.5 ALGUNAS FORMAS DE FRAGMENTAR EL CUERPO FEMENINO EN LA SOCIEDAD**

En general son muchos lo que se empeñan en demostrar que el cuerpo femenino aparece degradado en los MCM (Medios de Comunicación de Masas), bien a través de la prensa o de la televisión, siempre que exista la posibilidad de percibir una figura femenina, aparecerá implícita la crítica y la imagen mal tratada, algunas socialmente aceptadas y otras aceptadas pero solo por una minoría, la mujer aparece siempre como sujeto-objeto de las imágenes más sugerentes y atractivas de los MCM.

Para G. Villota (1992), existen dos formas de degradar el cuerpo femenino, **la moda y la pornografía**, ambas manifestaciones son de la misma manera, la fragmentación de las partes del cuerpo sin alma. En ambas se da un cuerpo vendido al diablo a trozos, pero sin recuperación posible del alma perdida, ya que, como el propio Goethe nos dice, es el "lazo espiritual", alma, el que hace que las diversas partes constituyan un todo unitario. En la fragmentación del cuerpo en sus diversas funciones podríamos ver, por tanto, la ausencia de ese lazo espiritual, la permanencia del alma.

#### **IV.3.5.1 PORNOGRAFÍA Y FRAGMENTACIÓN**

Podemos comentar en cuanto a la pornografía, que sí parece hacer uso de esa misma subasta contemporánea del cuerpo humano, cuerpos fragmentados que no se manifiestan como un todo orgánico, sino constituido desde sus partes, que se han rebelado ante la jerarquía que las sometía al conjunto.

Gran parte de la crítica de nuestro tiempo -incluida la feminista- ha visto en la pornografía, en consonancia con algunos de los sectores más reaccionarios de la sociedad, una de las más aberrantes formas de la imagen, en cuanto que, por medio de

la citada fragmentación, degrada y cosifica el cuerpo de la mujer, como si detrás de estas imágenes troceadas hubiera algo realmente diabólico. Las feministas radicales se alzaron en armas contra un género al que acusaban de degradar el cuerpo de la mujer, convergiendo así en sus críticas con las peticiones de censura de los más conservadores.

Muchas veces sin embargo los argumentos utilizados parecen buscar otras razones que los aparten de los puramente conservadores. Así Barthes, en su libro *La cámara lúcida*, alude a la presunta obviedad de la fotografía pornográfica para desinteresarse por ella, afirmando que ésta "es una foto siempre ingenua, sin intención y sin cálculo". La fotografía pornográfica está enteramente constituida por la presentación de una sola cosa, el sexo; jamás un objeto secundario, intempestivo, que aparezca tapando a medias, retrasando o distrayendo.

#### **IV.3.5.2 FOTOGRAFÍA DE MODA EN LA SOCIEDAD**

Nadie, por el contrario, ha hablado demasiado sobre la fotografía de moda como ejemplo de objeto erótico hecho a la medida del deseo masculino, sin embargo todos conocemos la faceta degradante que acusa a la publicidad de fragmentar el cuerpo femenino. Las fotos de moda, aunque la mayoría nos muestren aparentemente los cuerpos en su integridad (en su, a veces insultante integridad), hay en ellos, sobre todo en sus rostros, una especie de carencia, que denotara esa ausencia del alma, como otra forma de fragmentación; cuerpo sin verdadera sustancia, sólo cáscara. De hecho, podríamos ver ambos tipos de imágenes, pornográficas y de moda, como procedentes de una misma actitud, como si en realidad la diferencia entre ellas tan sólo se cifrara en un antes y un después de esos mismos cuerpos rotos, incompletos. Desfilan los cuerpos por la pasarela, y continúan desfilando por las páginas de miles de revistas ante nuestra mirada pasiva, que no distingue ya entre la persona y su imagen estereotipada, inútil explotación de nuestro cuerpo, donde sólo parecemos ver la ropa y no a las modelos.

La imagen de moda, y en general cualquier tipo de imagen fragmentada incluida la publicitaria, se nos muestran, en definitiva, como dos caras de una misma moneda. Una de ellas es, sin embargo, la única socialmente aceptada, e incluso convertida en modelo estético de comportamiento, pues la estética y la moda parecen convertirse en patrón moral y actitudinal hoy en día, mientras, la fotografía publicitaria, es reprobada éticamente, y de ello se deduce también cierta condenación estética de sus formas y maneras por su supuesta objetividad.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL

IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

IV. 3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL

IV.4 LA MODA

No obstante, todas estas formas de imagen parecen compartir esa práctica común en nuestro tiempo, de fragmentación del Todo/Cuerpo, y es entonces cuando algunos hablan de cosificación, por la enajenación de sus diversas partes, se convierten así en claros indicadores del tiempo que nos ha tocado vivir. Susie Orbach (1986) ha denunciado esta tendencia de la industria de la belleza puesto que parece parcelar los cuerpos que están trinchados como filetes donde cada vez se ven partes más pequeñas con las que nos identificamos eliminando el concepto de conjunto en la belleza. La realidad es que fuera de convencionalismos morales o éticos, la imagen aparece seccionada al antojo y albedrío de las necesidades del espacio, y no existe ni el más mínimo escrúpulo en seccionar, cortar, agregar, cambiar... si las necesidades del guión en este caso no cinematográfico, así lo exige. La tecnología ha permitido el corta y pega, el retoque de las uniones, el poder disimular o simular lo que no es, con el único propósito de conseguir un fin determinado. Lo que sí es cierto es que todos parecemos estar de acuerdo con este "collage humano" que se nos ofrece muchas veces, lo realmente peligroso es no percatarnos de que existe, y creer que las imágenes reflejan en muchos casos una realidad por supuesto engañosa.

## IV. LA MODA

Ahora es el momento de profundizar en el mundo de la moda, como parte del sustrato social, para completar así nuestro recorrido por los elementos socioculturales influyentes en nuestra vida y en nuestras enfermedades como en el caso de los TCA.

### **IV.4.1. LA MODA UNA NORMA.**

Qué es la moda, para unos y para otros. Unos la entienden como un comportamiento, objeto o parte cultural asumida por un número mayoritario de individuos, esto también sería la costumbre según la definición, del mismo modo es importante que la costumbre se cargue de modernidad, de lo novedoso y de lo efímero del tiempo para que sea una moda.

Para Rivière, (1977), la moda es una norma de conducta y según este criterio para ella

*"La moda es uno de los vehículos de proposición e imposición de determinados valores a los individuos"*

Lo más importante de la moda es su grado de novedad, y para ello debe existir una postura diferente de ella, ante el mayor o menor grado novedoso. Cuando la moda es lo último, se supone que la aceptación de la novedad por generalización es lo que la destruye. Otro grado se da cuando existe una fiebre generalizada hacia una cosa o manera de actuar que se difunde durante un tiempo, mientras dura la pasión primera, o sea hasta que la gente se cansa de la novedad. Esto ocurre con algunos lugares de copas que se llenan mientras son la novedad y que si son capaces de sobrepasar esta fuerte barrera del efecto efímero, se consolidarían durante mucho tiempo.

Para Pérez Tornero (1992),



## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

*"La moda es uno de esos curiosos "cajón de sastre ", un término todo terreno que todo el mundo entiende, más por intuición y familiaridad que por reflexión"*

En general la moda es para unos un elemento potencial del consumo, donde todos reaccionan de manera mimética, para M. Rivière (1977).

*"La moda es el gran rito de la cultura de masas". Y en otro lugar,*

*"La moda iba a ser el perfecto bien de consumo masivo, dando por supuesto que este consumo iba a ser dirigido, fomentado y controlado por los productores".*

Para otros es una conciliadora de la sociedad fragmentada que da una seguridad y familiaridad a las cosas y una tranquilidad al individuo, a veces a costa de poner en riesgo su equilibrio personal.

*"Se cumplan o no, mejor o peor las normas están ahí, y por eso son válidas. Lo mismo ocurre con las modas, incluida esta de estar en forma, de cuidar al cuerpo. Si la norma no se sigue, bastará esto para crear al contraventor un regusto de conciencia culposa." ( A de Miguel, 1997)*

La moda está íntimamente unida al vestido que comunica a cerca del hombre, siguiendo a Veblen (1992), el vestido delata a la clase ociosa, sobre todo en la antigüedad, hoy en día las formas de vestir no se diferencian tanto, ya que se ha originado una lucha por alcanzar un determinado nivel a través del vestido, para aparentar. Esta tiranía actual sólo ha sido alcanzada en nuestros días por la tiranía de la moda del cuerpo. Es corriente la expresión coloquial de que el "hábito no hace al monje", en realidad eso no sería así en la actualidad, desde el momento que el hombre se hace así mismo y se deshace como quiere frente a los demás a través de su apariencia, pero si tenemos en cuenta que esas transformaciones carnavalescas están exentas de personalidad, entonces esta expresión acertaría de lleno, en la definición de la vida actual del ser humano. La moda es en la actualidad, un elemento preponderante de la estética y de la integración social siempre desde un punto de vista económico y teniendo en cuenta el carácter comercial, aprovechado por una fuerte industria.

K. Marx (1977), asegura que las ideas dominantes son las de las clases dominantes, aplicado al mundo de la moda, decir que los valores dominantes no pueden

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
IV.4 LA MODA

contradecirse, y por esto el hecho de que todos sigamos la moda de unos pocos cerebros que deciden por nosotros las tendencias, colores y formas de la próxima temporada. Prueba de esto es que la moda ha desbancado al cine y se ha convertido en la nueva elite, las modelos son más deseadas apreciadas y envidiadas que las actrices e incluso a veces algunas de ellas pasan al mundo cinematográfico no por su capacidad interpretativa sino por su físico, aunque deban igualmente demostrar sus dotes interpretativas después.

Hasta hace relativamente poco las modas eran propias de las clases acomodadas las cuales se unían a ella para generalizar su esencia frágil de conciencia de clase, en la actualidad la moda pertenece a todos, al menos en las sociedades occidentales donde la clase media se ha generalizado y donde las variaciones de la oferta ajustan la demanda existente al deseo de ir a la moda. Desde otro punto de vista, según López Aranguren (prólogo de M. Rivière, 1977), la moda sólo sirve para hablar de la clase social de las personas y agrupar a estas en compartimentos estancos donde es la culpable del encasillamiento, en general aunque hoy existe como hemos dicho una facilidad mayor para acceder a ella, porque se ha popularizado, hay un reducto de alto nivel, la moda de alta costura solo relegada a una minoría. En todos los casos el acceso a la moda está pautado por las marcas a las que sólo se puede acceder desde un cierto poder adquisitivo. Dentro de la cultura marquista, a la que se subyugan muchos adolescentes principalmente, también existen marcas de acceso relativamente fácil para la clase media, alejadas de las marcas de alto nivel.

Volviendo a la opinión de López Aranguren, la moda en general aunque parezca lo contrario no nos habla de las personas, a no ser que estas personas se salgan de la moda actual y entonces si expresan su forma de ser a través del vestido, por ejemplo los "punkis". El resto se sumergen en una corriente continua donde la única forma de ser que se transmite es la de ser sujetos esclavos de ésta.

En la actualidad, todo se ciernen bajo el influjo de la moda, la política, las artes, la familia, la salud, se ajustan a unos cánones permanentes y no siempre saludables. La fascinación por una moda y su eventual adopción, radica a menudo en la sensación agradable de estar dentro del tiempo, un tiempo al que el hombre da el aspecto lúdico y ficticio. Este juego, al menos algunas veces, abusa fundamentalmente de la promoción constante de la imagen, que le permite la disimulación de una mala calidad en las prendas, lo que pone en marcha, un ejercicio injusto para el consumidor.

Para L. Gavarrón (1989) la moda es el arte de la seducción, del juego erótico de hombres y mujeres inmersos en un ambiente casi místico. Algunos autores han encontrado similitudes según la opinión anterior, entre la imagen pornográfica y la imagen de moda que se nos muestra como dos caras de una misma moneda, de hecho, podríamos ver ambos tipos de imágenes como procedentes de una misma actitud, como si en realidad la diferencia entre ellas tan sólo se cifrara en un antes y un después de esos mismos cuerpos rotos, incompletos, de la pornografía según G. Villota (1992). Una de ellas es, sin embargo, la única socialmente aceptada, e incluso convertida en modelo estético de comportamiento (Culto al Cuerpo), mientras, la otra es reprobada éticamente<sup>49</sup>,

### **IV.4.1.1. LOS ELEMENTOS DE LA MODA**

#### **IV.4.1. 1.1. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS**

En general la moda forma parte de la cultura en uno de sus sentidos, el ideológico, puesto que la cultura proporciona un elemento de conocimiento para el hombre, en segundo lugar mantiene una función controladora, a través de las normas, usos y costumbres, y en tercer lugar tiene una función ideológica, aportando líneas de actuación.

-Los factores ideológicos:

Los factores de este tipo que influyen en la moda, son según, M, Rivière (1977), los religiosos o explícitamente ideológicos en general, la tradición, las costumbres y los prejuicios, y las corrientes artísticas.

Vamos a comentar algunos elementos contenidos en ellos. En principio los factores ideológicos influyen sobre todo en las modas "anti-corriente" o "anti-modas" y se considera para muchos un elemento de reivindicación social, como los "punkis", "cabezas rapadas" etc...

La tradición, costumbres y prejuicios, por el contrario manifiesta un papel importante en cuanto a los patrones generales de conducta, por ejemplo, el hecho de que el hombre no lleve faldas, cuyo convencionalismo es fruto de una tradición impuesta no hace mucho tiempo por otra parte, y que conlleva el prejuicio de la homosexualidad.

<sup>49</sup> Se deduce también cierta condenación estética de sus formas y maneras, la supuesta vulgaridad. No obstante, ambas parecen compartir esa práctica común en nuestro tiempo: la fragmentación.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Las corrientes artísticas influyen en gran medida debido a la integración constante de nuevas tendencias contemporáneas; por otra parte hemos de aclarar que en la moda actual influyen corrientes artísticas presentes y pasadas, las inspiraciones son tan variopintas que podemos encontrar por ejemplo una colección de Versace al más puro estilo Rococó y un desfile de Agata Ruiz de la Prada al más puro estilo cubista, todo ello en puertas del siglo XXI. Hemos de añadir que en las tendencias actuales no solo estamos influidos de las modas artísticas propiamente dichas sino también de las modas industriales y tecnológicas, lo cual se manifiesta principalmente a través de los nuevos materiales y tejidos, como por ejemplo el plástico y los sacos entre otros.

Es evidente que la moda aporta unas pautas a la vida, la pauta de los ciclos temporales de creación y destrucción, que se repiten en las sociedades capitalistas, todo ello imbuido de un ritmo temporal corto, que permite la identificación de los individuos en la sociedad, con una carga de novedad estética relativa, por su carácter cíclico, y que como último aspecto aporta un carácter funcional a las personas, cubriendo su cuerpo. En ocasiones al hablar de moda realmente estamos hablando de estilos y formas de vestir, porque la moda entendida como hace unos siglos, mucho más estable, e incluso hace unas décadas, ha dejado de existir, y hoy basta ir a un centro comercial y descubrir la existencia de una moda seccionada como joven, femenina, masculina, deportiva, moda de baño... y que dentro de cada área que hemos reproducido se mantiene a la vez una disgregación de estilos y formas para todos, que serían descritos más acertadamente como estilos y no como modas.

#### IV.4.1. 1.2. ELEMENTOS TANGENCIALES

La industria de la moda exige un **creador** que normalmente mantiene su vocación de diseñador y marca la tendencia que más tarde serán popularizadas por personajes públicos o modelos y que se engendran tras una complicada industria textil, una vez creado el producto su éxito depende de su promoción y de como se comunique y su triunfo está condicionado como lo puede estar el de un lavavajillas, a la aceptación social. Analizando el fenómeno moda, hemos de tener en cuenta como los estandartes de ésta, no solo están a cargo de las revistas especializadas sino que existe **una "jet"** que se encarga desde hace mucho tiempo de protagonizar los estilos de determinados diseñadores y cuyo uso en actos públicos, orienta y fomenta el seguimiento de las mismas.

Las **modelos y los profesionales de los medios**, se encargan de la puesta en escena de la moda de diseñadores prestigiosos. Las modelos en los desfiles,

ponen su cuerpo y hacen vivir a los trajes desde las perchas, y los profesionales de los medios, aprovechan los recursos de la imagen, conocen los mercados y saben que en uno tan saturado como este, donde la oferta es superior a la demanda, deben buscar nuevas proposiciones de venta, atraer a los periodistas y fotógrafos, y utilizar a los personajes elegidos socialmente como "fashion movers" o famosos. Por otra parte la pantalla de televisión se considera como el escaparate mejor de la moda, al menos de mayor alcance que las pasarelas, que unido a la actual proliferación de programas del corazón en televisión, donde se comentan las apariciones en público de nuestros hombres y mujeres famosos, son la lanzadera actual de las nuevas tendencias; incluidas las extranjeras, fundamentalmente Francia e Italia, además de Norteamérica.

## **IV.4.2. MIRANDO ATRÁS**

### **IV.4.2.1. NOTAS HISTÓRICAS SOBRE LA MODA**

A muy grandes rasgos, mostraremos algunos elementos detonantes de la moda actual, que se empezó a originar ya con la clase burguesa en su lucha con la nobleza, por vestir mejor que éstos; en el fondo, esta era una lucha de poder que se materializó en el siglo XVI con el nacimiento de las primeras revistas donde se describían los atuendos de las personas importantes.

La moda actual nace con el nacimiento de la industria aplicada a lo textil, será a finales del XIX, cuando la industria de la confección se extiende, y donde se estaba gestando la época de la moda como consumo masivo de prendas, sobre este aspecto se comenzó la expansión y democratización de la moda, en cuya tarea tuvo especial importancia la prensa, que educó a las poblaciones ante la tarea de vestirse olvidando la necesidad física. La irrupción burguesa en el siglo XIX popularizó las revistas de moda, y empieza a tener un tratamiento literario la moda burguesa arrebatada a la nobleza y aristocracia de antaño, las cuales se habían reservado los tejidos y prendas de lujo. La burguesía siempre funcional, sabía del poder de la apariencia y del papel impreso, por lo que como explica L. Gavarrón (1982), será esta nueva clase la que empieza a financiar las revistas.

Haciendo un poco de historia a título de curiosidad, la primera revista nace en 1770 llamada *The Lady's Magazine*, pronto secundada por *Gallery of Fashion*, 1797, *Petit Courier des Dames*, 1839, entre otras, que nacen en la Belle Époque.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

En el siglo XX la mayoría puede seguir los cánones estéticos de la moda, debido a la fuerza de la industria textil, los núcleos principales París, Italia, Londres y América, las herramientas de propagación, el cine en su comienzo, y en general los medios de comunicación de masas y la publicidad. El siglo XX entra con fuerza y con títulos algunos conocidos como *Vogue*, *Elle*, *Marie Claire*, *Harper's Bazaar*... donde colaboraban estupendos dibujantes y literatos algunos de ellos según L. Gavarrón (1982) directores de publicaciones, como Oscar Wilde con *The Woman's World* desde 1887-1889 y otros.

La prensa del corazón ocupa en los sesenta un papel destacado en la vida de la mujer de la época y la moda es uno de los temas preferidos en estas revistas, en las que se empiezan a presentar tendencias y a dedicar importancia al vestido como la herramienta para modelar el cuerpo femenino, el cual empieza cada vez a tomar mayor relevancia, porque la esbeltez se va haciendo más importante en estos momentos. Teniendo en cuenta lo que hemos dicho vemos como las páginas de moda de estas revistas se acompañan de comentarios tan ilustrativos como este:

*"Cada mujer aun la más bella tiene sus imperfecciones, así como es raro que toda mujer no tenga asimismo sus "buenos puntos. Un busto bien colocado, un talle flexible , unas piernas esbeltas, un cuello airoso, etc., son los detalles que este vestido debe subrayar o, en caso contrario, disimular." SEMANA (1965)*

En estos años ya nos interesaba el desarrollo de la incipiente moda española, el desarrollo del Salón de la Confección, las presentaciones de desfiles de moda de unos diseñadores, que sin medios pero con ganas se acercan a las mujeres moderna. En el incipiente desarrollo de la moda se explica la funcionalidad de las prendas, como es el caso del traje sastre, ya que hay que educar al consumidor para que sienta las necesidades y deseos que devienen de estas fotos y comentarios para aplicarlos a su propia vida. Los reportajes de moda acompañan las fotos con bastante texto explicativo, ya que es necesario educar a la mujer de la época enseñarla a valorar las prendas, en un terreno poco trabajado hasta entonces. (SEMANA, 1965)

En los setenta la mujer ya es moderna, ya conoce y se adecua a las tendencias del mercado; existen firmas catalanas e ibicencas que se van elaborando su propio prestigio como "Top y Tip", "Zoe", "Victoire" (discípula de Pierre Balmain) entre otras, cuya suerte ha sido como se dice en Blanco y Negro. (1974)

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

*"La de nacer en una época propicia a romper moldes, emprender nuevos derroteros y aceptar los viejos sólo para adaptarlo a estilos que hasta ahora parecían inadmisibles. El éxito que ha tenido Ad Lib en la Feria internacional de Sao Paulo (...) responde a su lema "Viste como quieras pero con gusto"*

Como vemos, así se desenvolvían, las empresas y firmas de aquel momento aprovechándose de los medios de comunicación, con bastante éxito.

En la actualidad cualquier persona que se precie ojea, por no decir que compra o ha comprado alguna revista de moda, para estas personas el pasatiempo de la moda les acerca más a la sociedad donde viven, y de igual modo como la moda va íntimamente unida a la belleza, nos acerca las mieles de parecer más atractivas y sexis ante los demás y ante nosotros mismos. Siempre unida al progreso económico a las innovaciones textiles y a las clases sociales, ha acompañado a estas desde su origen hasta la consagración de "las modas" actuales, en lugar de "la moda"<sup>50</sup>. En la época actual cualquiera puede tener acceso a un estilo propio más o menos moderno de acuerdo a la línea que sigue la mayoría. Por otra parte, España sigue sin tener un periodismo de moda de calidad, que merezca la pena, a diferencia de Francia donde se mueven billones en torno a la diosa de las apariencias.

Hemos de decir que al igual que la literatura y la pintura son un fiel reflejo de las modas de cada momento en un recorrido histórico maravilloso, más recientemente el cine se ha hecho eco algunas veces de películas que han destacado por su vestuario y han hecho historia como *West Side Story* y el uso de los vaqueros o "jeans". L. Gavarrón, nos refiere el caso de una película que pasó inadvertida en España llamada *Qui êtes vous?, Polly Magoo*, en la que una modelo Polly Magoo hacía un recorrido histórico por la evolución de la indumentaria.

Desde los comienzos, serán Londres para los hombres y Francia para las mujeres, los participantes principales en la moda de la mano de los modistos más singulares y triunfadores, como el inglés Charles Worth, el cual bajó de Inglaterra a Francia sin dinero y con una estupenda mujer bella y de extraordinaria gracia para presentar los modelos de su marido que enseguida triunfaron en la moda parisina.<sup>51</sup> (L.Gavarrón, 1989). La mano italiana dominará el final de siglo bajo las sombras de los

<sup>50</sup> En este momento se hace la diferenciación entre las modas actuales en lugar de la moda actual, debido a la proliferación de multitud de tendencias, y que con un sentido efímero, habren el abanico de diversidad de las actuales líneas a seguir.

<sup>51</sup> Con la mujer de Worth nace, la primera maniquí profesional que hasta ahora se sustituía por los moldes de terracota.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

franceses como Chanel, Dior, Yves Saint-Laurent que supieron olfatear los cambios en la vida de las mujeres tanto en sus formas físicas como de vestir.<sup>52</sup> España en su historia de la moda despunta con Pepe Rubio, Paco Casado, Jesús del Pozo, Montesinos, Adolfo Domínguez, Purificación García, Alfredo Caral, Roser Marcé, Manuel Piña, Agata Ruiz de la Prada, aunque debido a la dificultad del negocio terminan a veces en manos multinacionales.

La posguerra y el prêt à porter ha conseguido que la moda se popularizara y cambiara fuertemente con los nuevos estilos de vida, entre ellos el nacimiento del pantalón unisex para las mujeres que les permitían libertad de movimiento y que se ha vuelto menos sobrio como prenda masculina, la creación de fibras sintéticas y nylon que abarataba las prendas, mezclándose en muchos casos con fibras naturales. La llegada de la minifalda y el cada vez más sentido estético de lo ceñido ha revolucionado la moda del cuerpo entre las múltiples tendencias de la actualidad. Algunos hechos han ido a la par de ella: la estilización de la figura cada vez más dispuesta a adelgazar y a eliminar sus curvas y la paulatina presencia de la pierna femenina. En definitiva lo que cambia es la anatomía, y no la manera de vestirla, ya que poco tiene que ver una mujer Rubens con una Kate Moss. Ambas han evolucionado, porque la anatomía está igualmente sometida a la moda, a la moda del cuerpo y a la de la ropa que cubre o descubre esa anatomía según las modas de la ropa.

Cuerpos delgados se desvisten y se alejan de los corsés, y de las múltiples enaguas de las mujeres de otras épocas. Todo, desde el cine, hasta la danza y el teatro, están imbuidos de este espíritu fecundo de los artistas modernos, los diseñadores y fotógrafos de moda, porque el vestido se considera como un signo plástico de la actualidad, sometido a unas rígidas normas, como son las normas del cuerpo. La piel, como tela de telas es hoy más que nunca un elemento fundamental para la moda, el vestido se agujerea dejándola ver, de manera que esta piel sea una prolongación textil o un estampado, porque es moda lo que se muestra con las telas, como lo que se muestra con la piel, y a ser posible cuanto menos superficie cuadrada de piel mejor. Incluso cuando la prenda cubre todo el cuerpo, se ciñe tanto a este, que se confunde el tejido con la anatomía, de tal manera que ahora no se viste a nadie para cubrir el cuerpo sino que el cuerpo viste a la ropa sin formas, lisas, sencillas caídas y casi como sacos que se deslizan.

<sup>52</sup> Por ejemplo la amplitud de movimientos y la comodidad para la mujer, se recogía en los trajes tipo sastre de Chanel.



#### **IV.4.2.2 CASO HISTÓRICO: PRISIÓN DEL CUERPO**

Hacia 1891 empieza una fórmula que los especialistas denominan como la "culminación del arte del vestir" Blanco y Negro (1969). Las faldas se ensanchan por abajo, pero se ciñen al cuerpo por arriba, el talle un poco bajo se acentúa hasta la exageración. La figura resulta esbelta, fina porque también las mangas van perdiendo volumen y el énfasis se refugia en los sombreros, que se llevan grandes y adornados. Por estas fechas comienza a usarse el conjunto de chaqueta, blusa y falda, las cuales tienen cola, y uno de los índices para medir la delicadeza femenina era la manera de recogerla con gracia y honestidad. Al mismo tiempo la mujer no trabaja todavía y su ociosidad le permite la tiranía del corsé.

Si en la historia de la moda ha habido algún caso claro de prisión del cuerpo como en la época actual, ha sido la época del corsé, y la costumbre de ceñirlo para tener cintura de avispa, moda que dominó el panorama desde 1830 a 1890 principalmente. El cuerpo no constreñido llegó a ser observado como símbolo de libertinaje, cuerpo holgado conducta holgada. (O.Traversa, 1993). Un conjunto de presiones sociales, morales y estéticas llevó a las mujeres a ceñir sus carnes al corsé que debilitaba e inhibía los movimientos personales, y obligaba a la mujer a la sumisión. El corsé es la afirmación de la belleza femenina y la negación de la libertad de las mujeres, limitando sus movimientos al momento de la concepción la gestación, y el cuidado de la familia. Los hombres de la época hallaban la libertad entre las prostitutas no encorsetadas que se veían libres de la presión y también de los significados que aportaba el corsé. Por una parte era el paradigma de la belleza y la respetabilidad y también era la negación del deseo. Habida cuenta del simbolismo contradictorio del corsé, su relación con la tendencia actual del siglo XX, llega a ser evidente porque el corsé del siglo XIX es la manía de la delgadez, conseguida con la dieta y el ejercicio regulares, que aseguran la sumisión del cuerpo. En apariencia las mujeres aceptan de buena gana estas pautas, a través de la elección propia y consienten que la mujer delgada es valiosa y respetable.

La delgadez además aparece unida a la libertad individual y personal, la dieta elimina las pasiones e impulsos y obliga a centrarnos en una faceta espiritual, de acuerdo a la industria del consumo. El cuerpo delgado es el camino hacia el triunfo personal, social y sexual, al igual que el corsé era una condición en el mercado del matrimonio, hasta tal punto que parecía que al librar a la mujer de su aspecto encorsetado se le negaba el acceso al matrimonio respetable, todo cambia a la vez que la decisión personal se apodera de las imposiciones familiares a la hora de elegir al

**CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL**

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

cónyuge, y las chicas dejaron de competir entre ellas por el tema de la dote para empezar la competición en torno a las características personales. En el día de hoy la mujer no busca un cónyuge sino que en la cultura de la delgadez, y bajo la promoción de la industria de los alimentos y de las drogas adelgazantes, aparejada a la cultura narcisista de la felicidad conyugal y más aún personal, la mujer mantiene una delgadez que es el rasgo específico del hedonismo actual.

El mantenimiento del cuerpo conlleva la experimentación de estrategias arraigadas hoy profundamente en la cultura del consumidor, que estimula a éste a negociar sus relaciones sociales, hasta el punto que preservar el yo, depende de la preservación del cuerpo, en una cultura donde el cuerpo es el pasaporte a todo lo bueno, la salud, la juventud, la belleza, el sexo, que por otro lado engloba el concepto contrario puesto que la extrema delgadez niega a la mujer la posibilidad de la sensualidad, por esto, las anoréxicas a veces tienen concepciones personales negativas hacia el hombre, aun pensando que se vuelven delgadas para ser canon de belleza para estos.

El corsé del siglo XX, los TCA, están esperando una reacción social que marque una nueva época al igual que lo hizo el aniquilamiento del corsé al principio del siglo XX.

### **IV.4.3 LA MODA EN LA ACTUALIDAD**

#### **IV.4.3.1.LA CULTURA DE LA DELGADEZ**

Los expertos creen que uno de los factores ambientales más involucrados en los trastornos de la alimentación es la moda. El cuerpo delgado de las modelos es admirado por la mayoría de las adolescentes que en un intento por parecerse a ellas comienzan a hacer dietas y a obsesionarse con su peso. La perfección corporal se ha convertido así en el medio para obtener el reconocimiento social y el éxito personal.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

El diseñador Calvin Klein ha sido "acusado" varias veces en EEUU de utilizar modelos excesivamente delgadas que pueden propiciar el desarrollo de anorexia entre los jóvenes. Kate Moss es el ejemplo más representativo.

Nuestra sociedad es víctima de la moda de estar delgados, hay que ser delgados y las modelos de pasarela hacen gala de su aspecto esquelético cuando visten los "trapos" de algún diseñador, la moda no es solo propia de gente de elite, sino que se extiende a toda la sociedad. El problema se agrava cuando no solo las modelos sino incluso las dependientas de las tiendas de moda de jóvenes, son despedidas si engordan y ya no les valen las ropas de la tienda, todos parecen enfermar cuando se producen escenas como esta en tiendas y probadores.

Por otra parte parece según opinión de G.Morandé (1990) que la moda de la delgadez está cayendo por el progresivo aumento de peso de las reinas de la belleza norteamericanas, quizá se trate de un fenómeno puntual no generalizable que a pesar nuestro no supone una tónica general. También el profesor R.Yunes en una mesa redonda sobre anorexia (Alcmeon 16, 1998) exponía como muchas veces vemos como se glorifican modelos anoréxicas de las que se dice, qué lindo cuerpo y que son los patrones para las adolescentes.

A partir de los años treinta, aparecen escritos médicos informando del deseo de adelgazar y provocando cambios en las concepciones estéticas clásicas, ha contribuido a ello la rápida generalización de la concepción médico social de la salud, unido a la influencia de la moda y de la dieta como factores de presión y así algunos afirman que "la moda, ha hecho incrementar los casos de anorexia en los últimos años debido al papel desempeñado por los factores socioculturales. ( V. Loureiro, 1994)

La ilusión de pensar que los patrones de moda están cambiando llega cada vez que observamos alguna joven modelo un poco curvilínea; la decepción viene cuando esta hermosa joven tiene sus días contados en este mundo. Muchos apuntaban el cambio estético que como el tiempo nos ha dicho no era más que una situación puntual. Cuando la modelo inglesa Sophie Dahl, apareció siendo objeto de las miradas de miles de espectadores con un aspecto curvilíneo pasado de kilos para lo que se acostumbraba a ver encima de la pasarela, todos creían que el ideal estético había cambiado y que las redondeces femeninas volvían a imponerse en el mundo de la moda opuesta a la twiggy de los sesenta, pero enseguida las burlas y mofas de unas miradas irónicas la rechazaban desfilando, al mismo tiempo la cadena de productos cosméticos

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Body shop lanzaba con más acierto, una muñeca en sus escaparates que parecía escapada de un cuadro de Rubens, con un lema que dice "ama tu cuerpo. Sólo ocho mujeres son supermodelos, frente a los miles de mujeres que habitan la tierra".

La realidad es que hoy en día las modelos son igualmente delgadas, de hechuras minúsculas, donde el hueso se encuentra solo, sin carne. Aunque no todas las modelos son anoréxicas, puesto que la herencia genética también influye en la configuración estética de la persona, por otra parte muchas veces la sociedad ha preferido cerrar los ojos ante el drama de encontrar en la pasarela unos esqueletos demasiado hermosos, y una cara bella. En ocasiones las modelos están sometidas a la tiranía del metro, cuando sus diseñadores las miden antes de cada desfile con el objeto de enviarlas a la gloria o al infierno si sobrepasan los números mágicos, (Díaz, A. ABC 1999) y a medida que los números bajan, a la gente parece no importarle la imagen que aparece en la pasarela o en la foto sino lo que puede llegar a vender esta imagen. En ocasiones las propias modelos evitan hablar del tema de la anorexia, manteniendo en ocasiones una farsa enfermiza, desde el momento en el que delante de las cámaras o de la grabadora aseguran comer de todo, aseguran que de anorexia nada y que en alguna fiesta pueden incluso atiborrarse de canapés que en algunos casos o quizá no, acaban antes de salir a la pasarela en los oscuros W.C.

Siguiendo la línea de esperanza lanzada renglones más arriba a propósito de la ilusión porque las modelos representaran tallas más normales encima de la pasarela, debemos hacer varios comentarios. En primer lugar que los culpables de la aceptación de las "estéticas anoréxicas" son los ojos de todos los que alabamos esa extrema delgadez y culpamos y ridiculizamos a las modelos que presentan un aspecto algo más normal, precisamente porque nos choca que entre tanta delgadez aparezca alguien de peso bajo, aunque no esquelética.

En segundo lugar según (A. Díaz. ABC. 1999), parece que en la pasarela madrileña, Cibeles, del mes de febrero de 1999, se acusó a los diseñadores de exigir la talla treinta y seis a sus modelos, dejando fuera a aquellas con una medida superior. La voz de alarma no se hizo esperar y es en la pasarela de París donde parece ser que se han empezado a ver con buenos ojos los kilos, al menos algunos, y donde los comentarios apuntaban la esperanza cierta de romper la peligrosa dictadura del adelgazar sin freno.

Todas las grandes modelos conocen el hambre y parece que las luchas de competencia se entablan exclusivamente a través del peso, recordemos como Claudia

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Schiffer, pasó de curvilínea Walkiria a escurridiza sílfide, cuando las redondeces amenazaban su reinado. Es necesario un comentario al respecto, destacando como en general las modelos no son más que lo que sus diseñadores quieren de ellas, si estos les exigieran engordar lo harían y si les exigen adelgazar también, de manera que el cuerpo femenino se mutila y cambia al antojo de unos y otros pero no de acuerdo a los propios deseos de la persona, y de la ley natural.

La Twiggy de los sesenta, delgada como hueso andante es la herencia de la actualidad, donde el muñeco Michelin en su rediseño ha adelgazado un 20% sus michelines, como si esperáramos que se volviese anoréxico también.

#### **IV.4.3.2 VESTIDO Y CUERPO**

La moda esclaviza al hombre; el hombre está obligado a cambiar, porque existen unas pautas de comportamientos sociales de acuerdo a unas formas de vestir, el problema es que cambiar el vestido es fácil, lo peor es cuando hablamos de la moda del cuerpo, porque cambiar el cuerpo no lo es tanto.

*“La norma como todas, resulta insufrible cuando se exagera cuando se antepone al sentido común. Si continúa avanzando el ideal esteatófobo (odio a la grasa corporal), se impondrá un tipo humano desmedrado y enfermizo. No otra cosa es la representación de algunas modelos de alta costura realmente anoréxicas. Parecen sacadas de un campo de concentración”. (A. de Miguel, 1997)*

La ropa sigue la misma tendencia, ya que se propone una talla cuarenta y dos, para un pantalón al que en realidad le correspondería una treinta y ocho; y como es de imaginar, para algunos la sola constatación de necesitar un pantalón que lleva un número mayor al que uno esperaba, dispara la desesperación y las consecuentes maniobras para bajar de peso. En el mes de marzo de 1999 el grupo político PSOE, presentó dos proposiciones no de ley con el objeto de regular el tallaje de las prendas y acoplarlas a las europeas y americanas, para que según el artículo publicado en ABC, 9-3-1999, se pueda evitar que los enfermos de anorexia, empiecen su enfermedad en los probadores de las tiendas donde descubren que no pueden usar la talla que desean o mucho peor que la talla que ellos necesitan no se vende en este establecimiento. Lo que una joven adolescente no puede encajar es que tengan que acudir a una tienda de señoras para comprar ropa, porque las prendas juveniles no están echas por encima de una determinada talla.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Por otro lado la moda antes era el arte del vestir correctamente y aunque iba unido al cuerpo, su función era la mejora del mismo, pero lo que se percibía era la ropa. El vestido según R. Barthes (1978), era signo que unía un significante y significado, el significante era el vestido y su significado la moda.<sup>53</sup> En la actualidad el vestido se ha perdido y la moda parece más enseñar el cuerpo que la ropa, la ropa no está ahora en función del cuerpo sino que es el cuerpo es el que se pone a merced de la ropa. En realidad todas las mujeres sean de una u otra clase se sienten insatisfechas con sus formas, unas buscan alejarse de la vulgaridad de las clases medias y otras acceder a estas clases más elevadas, asociando así el valor estético alcanzable al valor moral, se sienten superiores en su afán de embellecer sus cuerpos, de hacer de su libertad un cuerpo alienado y preso de la conformidad aparente que evita la libre actuación, y que se hace más brutal cuanto mayor es la diferencia entre el cuerpo real y el ideal. El cuerpo ideal tiende hoy a la delgadez porque lo que se desnuda muestra la otra cara del deseo propio, el deseo de ser deseado, es imposible imaginar una moda desnuda pero tampoco ya es posible imaginar una moda vestida, porque supondría la aniquilación del deseo. El vestido rompe enseña y recorta la carne de manera que sea deseada la carne y no el vestido, hasta el punto en que a carne llega hasta la mutilación a favor del vestido y como dice Germán L. García (1982).

*"Pero si la carne puede llegar a la mutilación, para ofrecerse a la mirada del otro, es porque el cuerpo se sostiene en esa mirada"*

Como decimos la moda se entrega a la mirada del otro y hace encarnar a esto en patrones sociales, de ahí que cuando la carne no puede mutilarse al compás de la moda, la angustia se apodera de las personas que se sumergen en el deseo feroz de encarnar la mirada del otro, como lo hacen los cuerpos perfectos creados por la industria de la moda y de los modistos.

Las fluctuaciones de la moda dependen del clima social y cultural y del ideal social; bajo la superficie tranquila de la cultura siempre se esconden poderosos mares de fondo psicológico que inundan cualquier concepción social, nueva e innovadora. Las modas cuanto más innovadoras más inestables y menos duraderas. Por otro lado alcanzan a todas las clases sociales porque siempre han sido el símbolo de pertenencia de unos pocos a través de sus vestidos y al que otros aspiraban llegar. Hoy la moda no es símbolo de clases altas porque el nivel de la moda ha eliminado los vínculos de

<sup>53</sup> Esta relación de significante y significado, según R. Barthes, se encuentra en muchos objetos culturales por ejemplo en la comida (significante) y su significado, la necesidad de comer por hambre.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

sangre aunque no los del dinero. La expansión del arte del vestir a la última, se debe fundamentalmente a la popularización y a la innovación tecnológica diaria.

Recordemos los anuncios antiguos de corsés, prenda ésta que aniquilaba al cuerpo desde su exterior, y de la cual la mujer logró liberarse en los años veinte para esclavizarse con otras modas, las del interior, las de la delgadez. El aniquilamiento del corsé devolvió a la mujer de hoy la línea normal que las antiguas prendas ortopédicas habían aniquilado, pero por otro lado las modas del cuerpo están sometidas a una temporalidad distinta de las vestimentas exteriores, las cuales pasan por temporadas sobre un cuerpo que debe responder a una moda de larga duración, la de la delgadez.

Por otra parte la mujer modelo, se presenta como una fastuosa especie de mujer moderna, que debe ser libre desenvuelta, deportiva, y sentirse cómoda, como dice P. Bordieu (1990), recordando a Courrèges, el cual no habla de la moda sino del estilo de vida y dice,

*"Yo quiero vestir a la mujer moderna que debe ser a la vez activa y práctica,"*

Se abandona la antigua moda de cubrir el cuerpo, que se relega a la antigüedad y se dedica a seguir su propio gusto, creando una revolución específica en un cuerpo específico, un cuerpo que se enseña y que por eso se permite que sea deportivo y bronceado.

#### **IV.4.3.3 LA MODA Y LO MODERNO**

La palabra "moderno" en su forma latina "modernus", se usó por primera vez a finales del siglo V, para distinguir el presente cristiano del pasado romano pagano, por tanto lo moderno desde su origen se erige como la transición de lo antiguo a lo nuevo; aun así lo moderno siempre conserva un vínculo con lo clásico mientras que lo que está de moda, queda rezagado pronto. Por otra parte el espíritu de la modernidad estética está empezando a envejecer con la proliferación de las modas, que se empeñan en ensalzar lo nuevo. Lo nuevo es una mancha ciega y sin embargo lo moderno para T. Adorno (1984), es arte por la imitación. La fuerza de lo antiguo inspira lo novedoso, pero lo nuevo en sí mismo viene impuesto por la cosa misma, y no tiene pasado. Lo moderno no es moderado por tener tradición antigua pero al ser moderado frena la manifestación estética. La modernidad parece según J. Baudrillard (1980), introducir simultáneamente

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

un tiempo lineal, el del progreso técnico de la producción y un tiempo cíclico el de la moda, según esto la modernidad es un código y la moda su emblema. La moda tiene hoy en día un estupendo caldo de cultivo en la vulgarización científica y cultural, que hace que los niveles de originalidad y de vulgaridad sean homogéneos en el fondo, y que la distinción entre modernidad y moda, sea puramente táctica y pasajera. El mayor interés de la moda, radica para los filósofos en su singular capacidad de anticiparse, por otro lado todo lo anticipable está ya presente en su mayoría, en las imágenes del arte perpetuadas por el tiempo.

De acuerdo con esto y teniendo en cuenta la idealización a la que hemos elevado a este fenómeno cultural, podemos incluso decir que la sofisticación de la moda ha sobrepasado los límites naturales del "glamour" y que según Du Camp en W. Benjamin (1982),

*"la moda es la búsqueda siempre vana, a menudo ridícula, a veces peligrosa, de una belleza superior ideal"*

Apreciamos la sinrazón de la moda que inunda cada día nuestros escaparates y se entrega a la esclavitud del cuerpo, que como dice Du Camp es a veces peligrosa, porque responde a una sinrazón extrema, hoy con un traje y mañana con otro, hoy de largo y mañana de corto, como dice W. Benjamin (1982),

*"La moda consta sólo de extremos. Ya que por naturaleza busca los extremos, no puede hacer otra cosa que al abandonar una determinada forma, entregarse exactamente a su contraria"*

Para comprender la esencia de la moda actual, no se puede recurrir a motivos de carácter individual, como son: el deseo de cambiarla, el sentido estético, la coquetería, el instinto de imitación. Estos motivos tienen influencia, sin duda en las distintas épocas de la conformación de la vestimenta... pero la moda, como se entiende hoy, no tiene motivos individuales sino sociales y, sólo a partir del reconocimiento de los mismos es posible comprender la esencia íntegra de la misma. La moda es la barrera continuamente destruida y construida, con la cual el mundo distinguido intentaba aislarse de los sectores medios, en la cacería de la vanidad de clase en la que se repite incesantemente un único fenómeno: el esfuerzo de un grupo por obtener una ventaja, aunque sea mínima, sobre el grupo que le sigue y el esfuerzo del otro por aniquilar la diferencia, adoptando inmediatamente la nueva tendencia. La moda hasta hace un



## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

tiempo iba de arriba hacia abajo, ahora está partida entre la alta costura y la moda que algunos llaman popular, porque viene impuesta para las clases medias.

Uno de los aspectos más crueles de la moda de hoy es su tiranía, ya que contiene un valor exterior de pertenencia a la sociedad, quien no quiera renunciar a este privilegio debe participar en ella. Si aquellos que somos lo suficientemente débiles para imitarla lográramos sentir dignidad y autoestima, la moda se acabaría y la belleza volvería a ocupar un lugar afirmado por todos los pueblos que no tienen necesidad de acentuar sus diferencias sociales con la ropa. Hemos aplicado la costumbre al hecho mismo de vestir y comportarnos como marcan las tendencias efímeras del devenir social, llevados por nuestra propia debilidad, nos hemos dejado influir por esta sofisticación.

En consonancia con esto Simmel en P. Croci (1993), explica

*"Por eso las mujeres dependen especialmente de la moda. De la debilidad del nivel social al que la mujer fue condenada por la mayor parte de la historia, resulta su estrecho vínculo con todo lo que sea "costumbre"*

Equipara como hemos visto la moda a un hecho cultural como la costumbre, determinemos que la costumbre tiene el don de la persistencia y la moda es efímera. Cada moda descubre en su tendencia inmediatamente anterior la sátira de lo hortera y lo frívolo. Toda moda acopla el cuerpo viviente al cuerpo inorgánico, el vestido, en lugar de al contrario inventando así una humanidad artificial, esta humanidad teatral tiene en ella la marca del adorno y de las tendencias y líneas a seguir.

La moda no refleja una necesidad natural de cambio: el placer de cambiar vestidos, de objetos o de coches, viene a sancionar psicológicamente coacciones de otro orden, coacciones de diferenciación social y de prestigio. El efecto moda sólo aparece en las sociedades donde hay movilidad social y con un determinado umbral de disponibilidades económicas, ya que a medida que el hombre se eleva en la escala, los objetos se multiplican y diversifican y se renuevan. El cambio de objetos permite a veces la compensación cultural o social que no se tiene. Los objetos adquieren su identidad en la diferenciación con otros objetos, los objetos son todos virtualmente sustituibles, pero una vez que se adecuan a un código simbólico dejan de serlo. Por ejemplo, cualquier elemento sirve de juguete a un niño pero si se le da un camión es este y no otro el objeto adherido al código simbólico. Además a este valor se le suma la marca como la denominación del objeto con un nombre de pila genérico por encima de su nombre común.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Después de todo hay que suavizar las rigideces diciendo que las formas de moda son instrumentos de racionalidad social, no mensurable pero imprescindible para adaptarse rápidamente a la modernidad y para constituir una sociedad preparada frente a las exigencias y transformaciones continuas del mundo. Las modas culturales son hoy en día las consecuencias inevitables de una dinámica cultura. En la medida en que cultura es vital, y está sujeta a una constante revisión y comunicación entre sus distintos niveles produce una moda para cada uno de los aspectos en que se expone. Esto no quiere decir que la moda se forme como un poso o desecho, como una franja externa del proceso cultural auténtico, sino que es al mismo tiempo su abono, su terreno fértil. El problema que plantean las modas culturales no se resuelve extinguiéndolas sino controlándolas. La tarea de una cultura es la de transmitir saber espontáneo y también a la vez, saber especializado, un saber cultural que no origina modas es un saber estático.

Según U.Eco (1986)

*" La moda cultural es el acné juvenil del proceso cultural. Cuando es reprimida con demasiada violencia, simplemente se acelera el advenimiento de una nueva moda. Y entonces la moda cultural como modelo permanente se convierte en el aspecto más visible de esa cultura, que se vuelve así cultura de las modas que se suceden. Este es nuestro problema hoy. No debemos preocuparnos porque haya demasiadas modas culturales sino porque se suceden con demasiada rapidez "*

Como observamos una cultura que no genera modas, está muerta, pero una cultura que genera muchas, se convierte en reaccionaria. Una moda larga restituye el rigor pero pierde frescura y sentido de moda, aunque resulta casi peor que las modas se sucedan en breve espacio de tiempo.

#### **IV.4.3.4 MODELOS Y ACTRICES**

Como explica Sánchez Ferlosio ya en 1955, (citado en J.Toro (1996)), la reina de la belleza es hoy la modelo no la actriz, y se aspira a este ideal de forma casi total sin escatimar esfuerzos, otros reconocen el papel artístico de las modelos en su trabajo, por lo que la modelo ha absorbido a la actriz en la actualidad. Dentro de la moda, las modelos tienen algo de artistas, de actrices o al menos ocupan actualmente este puesto en la mente de todos. (L. Gavarrón 1989).

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

El protagonismo televisivo ha quitado importancia al cine que décadas atrás presentaba los ideales de belleza y moda. El cine inauguró una nueva etapa cultural, la de la imagen en movimiento, que hizo las delicias de hombres y mujeres ávidos de estrellas, de ilusiones y de modas fílmicas, como la popular *Rebeca* (1940) de Hitchcock, que popularizó la conocida prenda de vestir femenina actualmente denominada con el mismo nombre y que llevaba la protagonista de la película. El aspecto artístico de la profesión de modelo se relaciona con el cine porque las actrices interpretan y las modelos también lo hacen cuando dan vida a los vestidos, conociendo mejor que el diseñador como enfrentarse ante la interpretación de un papel dentro de un traje de plástico, por ejemplo. Existe una cierta simbiosis entre las modelos y el cine, el cine como propagador de tendencias de moda ha desaparecido en función de las modelos y de los desfiles. En ocasiones las modelos han saltado al mundo de la industria cinematográfica, como Lauren Bacall, o Marilyn Monroe en sus comienzos, dando una imagen desentonante con lo que pedía la moda del momento. En la actualidad las más atrevidas y avispadas prueban suerte en este mundo con mejor o peor fortuna como Inés Sastre, Mar Flores... Las modelos del siglo XX, están unidas a la estética de la sociedad de este siglo, son modelos para la ropa y las personas que las admiran y envidian, y entre ellas las jóvenes adolescentes de nuestra época.

Las modelos que pasaron del hieratismo del maniquí<sup>54</sup>, a la ligereza de los movimientos en la pasarela, son elementos indispensables para la moda y los diseñadores que tienen sus musas particulares. A propósito de esto recordemos como la primera modelo y musa fue la mujer del diseñador inglés Charles Worth, la cual popularizó sus diseños por la agraciada forma de su cuerpo y movimientos.

Estas mujeres perfectas, que ofician de divinas pero son humanas que según L. Gavarrón (1989) "crean una aureola a su alrededor. Cumplen unos mínimos físicos -altura, armonía de rasgos, gracia de movimientos, esbeltez-, pero además, y ante todo, las divinas de la pasarela son redomadas actrices", En esta definición se da poca importancia al peso físico de la chica maniquí, un estudio hecho por Morris et al en 1989 (citado por J.Toro, 1996) sitúa a las actrices y modelos de los sesenta más redondeadas y curvilíneas que las actuales más tubulares. La grasa corporal de las mujeres modelos y actrices está en torno al 10%-15% siendo lo normal en una mujer alrededor del 20%-22%. Hoy en día cuando hablamos de "un cuerpo ideal o espectacular" estamos refiriéndonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento y además con cierto toque de elegancia.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

En este ambiente la elegancia<sup>55</sup> es la parte humana de la moda, la elegancia viene del latín *eligere*, elegir. Esto supone un saber estar, un diferenciarse sin llamar la atención, y es lo que humaniza a la moda en las personas. Para Chanel la elegancia era definida de la siguiente manera:

*"Una mujer elegante debe hacer sus compras en los establecimientos habituales, sin que ninguno de sus tenderos se ría. Aquel que se ría siempre tiene la razón"*

En nuestro siglo unido a lo elegante encontramos lo "chic", término nacido en Francia en la segunda mitad del XIX, y cuya raíz es alemana, de la palabra "geschic", que significa aptitud, lo chic es la quinta esencia de la elegancia y es el término que marca la moda del siglo XX. (L. Gavarrón, 1989).

Como los términos, el ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades, el peso es una variable discriminatoria en todas las agencias donde es lo primero que se pregunta, junto con la altura, que si no están dentro de unos límites aceptados, provoca el siguiente comentario: "vuelve cuando hayas bajado cinco kilos". Esta reacción en chicas de quince años puede generar frustraciones que las hacen en su inmadurez culpables, porque su cuerpo les impide su sueño.

Otras de las cosas que han cambiado en función de la moda, han sido algunos elementos de socialización como los juguetes, que se mezclan en terrenos pantanosos y pierden el origen de la función para lo que fueron creados. Vemos así como una nueva muñeca llamada *Betty Spaguetty*, que más que muñeca se trata de un trazo esquemático, aun más indefinido que el cuerpo de la popular Barbie, fue presentada en las pasarelas junto al diseñador Lluís Generó, en Barcelona, con su colección otoño-invierno 1999-2000; y acompañando a modelos como Verónica Blume, Vanessa Lorenzo y Gurus Segovia.

Por otra parte, iniciativas así han sido duramente criticadas desde las organizaciones que defienden la lucha incesante de la mujer por el derecho a un cuerpo

<sup>54</sup> Maniquí es una palabra de origen flamenco, *Maeneken*, modelo de terracota, según el diccionario de la RAE, maniquí viene del francés *Mannequin*, como figura móvil que puede ser colocada en diversas actitudes y tiene distintos usos.

<sup>55</sup> En España, el poder de las mujeres consagradas como elegantes es mucho, no ya por su elegancia en sí, sino porque son poco numerosas y además reinas de la prensa del corazón, normalmente estas pocas mujeres realizan su vida en torno a los mismos núcleos y tardan en ser relevadas por otras, desde hace mucho tiempo y aún en la actualidad, además de tener el reconocimiento internacional en este aspecto de la elegancia, Nati Abascal es de las mejor consideradas en nuestro país.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

normal, ya que estos deseos por alcanzar unas medidas ridículas, sólo llevan a trastornos alimentarios. La muñeca es en sí inofensiva; con una cara dulce y un cuerpo de alambre, soporta en sus trazos el peso de las acusaciones que pretenden evitar su comercialización debido al daño que puede ejercer sobre las personas enfermas o en riesgo de padecer un TCA.

Los modelos en general, participan de un modo de vida particular, comienzan realizando un book con el que van a los castings, pertenecen a agencias que normalmente se cobran el 30% de su sueldo a no ser que sean "top model" con una industria a su alrededor. Desfilan los cuerpos huecos-incompletos por la pasarela, cuerpos de mujeres y de hombres, pero casi siempre cuerpos de mujeres, ante nuestra mirada pasiva, que no distingue ya entre la persona y su imagen estereotipada. Desfilan también por las páginas de miles de revistas, y cada día las miramos sin prestarles -ésto es cierto- demasiada atención: como quién mira llover, sin embargo, a veces consciente, a veces inconscientemente, las admiramos, las adoramos en su mágica distancia. Se convierten en paradigma de cómo entendemos el Cuerpo (cómo lo deseamos, cómo lo idealizamos) en la sociedad contemporánea. (G. Villota, 1992).

A propósito de las fotos de moda, comentaremos como la fotografía de mujeres delgadas luciendo tallas anoréxicas pueden llegar a resultar estéticas por la fragmentación, las luces y las posturas "sui generis", de unas modelos guiadas por profesionales que saben donde poner cuando falta y donde recortar para que en su delgadez adopten las imágenes de chicas normales. Sin embargo, aunque la mayoría de esas fotografías nos muestren aparentemente los cuerpos en su integridad, hay en ellos, sobre todo en sus rostros, una especie de carencia, cuerpo insípido y enigmático. Nadie, por el contrario, ha hablado demasiado sobre la fotografía de moda como ejemplo de "objeto erótico hecho a la medida del deseo masculino" (G Villota 1992) (Gavarrón 1989). Para G. Villota la imagen de moda, supone una carencia de espíritu, las mujeres son planas por dentro y por fuera, sin personalidad.

*“Para recuperar el Alma que empeñamos a Mefistófeles  
 habremos de buscar otros caminos, habremos de renovar el Mito, más allá  
 de la ciega e inútil explotación de nuestro cuerpo”.*

Las modelos modélicas, son a veces representadas como meras perchas que visten ropas caras e inalcanzables para la mayoría y que con la llegada de la fotografía de moda, las revistas y la popularización de los desfiles de moda, se han extendido a la mayoría de los escalones sociales a través de los medios, así, lo que

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

estaba relegado a la burguesía sólo se ha limitado a quedarse en el eslabón de la clase alta a la hora de adquirir alta costura, y mientras tanto todos soñamos viendo las imágenes.

Como ya hemos sugerido los modelos antes se llamaban maniqués que eran y son lo que hoy vemos es las tiendas y escaparates de moda, mostrando los trajes al transeúnte. Las mujeres, empezaron a hacer pases de moda para dar vida a las prendas y modelarlas, por lo que se desusó esta denominación de maniquí para pasar a ser *modelos*, que según las tendencias, resultan cada vez más inertes y donde el "glamour" oculta un amasijo de huesos pronunciados, en muchos casos. Hoy se esconde el calificativo grotesco de *perchas*, o incluso de *maniquí*<sup>56</sup>, bajo la designación de *top model*, que viene a representar a la modelo moderna, según John Casablanca, fundador y presidente de una importante agencia de modelos, la orientación a las curvas fue hace unos años protagonizada por Cindy Crawford y una Claudia Schiffer más curvada que la actual, para pasar a la época Kate Moss, mucho más delgadas. Un conocido especialista en moda Lowri Turner expone como los modelos no pueden tener el aspecto de la mayoría. J.Toro (1996). Idealizamos un cuerpo delgado que en muchos casos es un cuerpo enfermizo, como asegura el doctor Manuel Faraco (entrevista personal, marzo, 1999), algunas modelos están enfermas, muy enfermas, gravemente enfermas y sin embargo se exhiben como si fuera aquello a lo que se debe aspirar.

#### IV.4.3.5 LA MODA SE DEFIENDE

Algunos defienden la moda, y el derecho a vestirse siguiendo unas tendencias que se eligen y triunfan por el consenso de todos, sin que exista manipulación o alteración de las conciencias sino que se acepta simplemente como algo que forma parte de nuestra cultura y de la que ni queremos ni podemos evadirnos.

L. Gavarrón (1989), propone la libertad del espíritu humano para metamorfosearse a través de la ropa, reclamando el derecho a ser ellos mismos a través de unas prendas que se desechan sin ser consumidas por el único espíritu de la moda.

M. Rivière (1977), por el contrario expone lo siguiente a propósito de la moda:

*" En sí misma, la moda tiene las características óptimas para ser el perfecto bien de consumo, Si nos encontramos es la sociedad del*

<sup>56</sup> Según el diccionario de la RAE, la palabra maniquí en su última acepción, designa familiar y vulgarmente a la persona débil y pacata (de poco valor e insignificante) que se deja gobernar por los demás.

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

*desperdicio, la moda es uno de los más grandes desperdicios. Es claramente el consumo por el consumo, el permanente indicativo de los logros de la manipulación publicitaria y de los medios de comunicación. La moda no es pues " misterio", la moda es, ante todo "dependencia". Y es dependencia incluso para los que quieren salirse de ella."*

Para estos autores la moda en algunos casos esclaviza a la persona y como si de una droga se tratara, mantienen enganchada a ella a los pobres sujetos caídos en sus redes, adictos a las últimas novedades, a las marcas o firmas de prestigio, sin las cuales pierden su identidad. Muchos dicen que la moda se ha hecho para los jóvenes, pero en la moda se interviene de dos formas. Primero desde el punto de vista joven, lo que supone la extensión y proliferación del negocio y también lo que supone un riesgo para la industria y segundo desde el punto de vista de los adultos, para los que se hace una moda clásica y de patrones tradicionales, que aporta menos variabilidad al negocio, menos riesgos y también menos ingresos. La moda joven ha tenido detractores y defensores, los detractores la acusan de ser una lacra social capaz de inducirnos un ritmo determinado de actuación y nos somete peligrosamente en la actualidad. Para otros se trata de un inocente juego juvenil cuyo fin es la identificación del grupo y el pasatiempo de los adolescentes.

La aparición del unisex, además de ser un negocio económico, depende entre otras cosas de la aceptación del consumidor joven, que está en consonancia con el deseo de igualdad y permite a las mujeres el uso de prendas masculinas, el hombre por su parte aunque más reticente, se abandona a veces a hechuras femeninas y a colores vivos, se dejan melena y se ponen pendientes, mientras ellas se cortan el pelo y se dejan de poner pendientes. Ambos buscan la comodidad que está reducida como dice M. Rivière (1977), al uso común de tres prendas: la camisa, el pantalón y el jersey, podemos añadir la americana, el traje pantalón sastre, la camiseta, entre otras variantes.

Tema aparte, es el actual debate de la moda a nivel de modelos y diseñadores. Ante las polémicas a propósito de las modelos y las tallas de ropa, unos acusan a los empresarios, otros a publicidad y algunos a los diseñadores.

El mundo de la moda acusa a la publicidad, de fomentar la extrema delgadez, en los principales desfiles del país y los empresarios textiles, culpan a esta de que se haya llegado a extremos realmente preocupantes. Paco Flaqué (director del Salón Gaudí) explica, por otro lado, como las modelos no son las culpables de su talla, sino que los diseñadores elegían de entre un casting de cincuenta modelos las dieciocho

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

que mejor lucían sus prendas, de tallas entre la treinta y ocho y cuarenta. Aun así parecen ser las manifestaciones publicitarias las culpables del daño que hacen a las jóvenes adolescentes a juicio por supuesto de los diseñadores, los cuales también culpan por otro lado a los periodistas que critican a las modelos con tallas mayores, tachándolas no menos que de focas, rápidamente por otro lado ante los debates actuales, el salón Gaudí anunció que no permitiría una talla inferior a la cuarenta en sus desfiles. (HOY, 17-3-1999)

Otro grupo de diseñadores se defienden argumentando que la culpa de las enfermedades actuales es porque existe una agresividad muy fuerte en la sociedad actual, algunos de estos, en un artículo publicado en el Arte de Vivir, abril de 1999, así lo explican.

Para Jesús del Pozo, los diseñadores deben controlar que en los desfiles se da la imagen de una mujer sana, inteligente y alegre, argumentando que su estética no va por los caminos de la extrema delgadez, apostando por la talla treinta y ocho, valga el comentario de que esta talla tampoco es que sea prototípica de la mujer española... por otra parte asegura que su ropa se vende hasta la talla cuarenta y cuatro, cabiendo incluso la posibilidad de un tallaje superior.

En los talleres de Devota & Lomba se trabaja en los prototipos de la talla treinta y ocho a cuarenta y dos, y en sus colecciones se abarcan las tallas treinta y ocho-cuarenta y seis, en sus maniquíes las tallas treinta y ocho responden a las medidas de 89- 66- 94 cm, en España aunque la medida real sea la noventa y cuatro de cadera, se usa la de noventa y seis cm. La compañía asegura que sus tallas más demandadas son la cuarenta y cuarenta y dos.

Antonio Pernas igualmente afirma trabajar en la cuarenta, y aunque sus tallas más demandadas son la treinta y ocho y cuarenta sus colecciones van de la treinta y ocho-cuarenta y seis.

Antonio Miró disculpa su profesión asegurando que usa modelos de talla treinta y ocho, aunque por otro lado prefiere aunque no enfermiza a la mujer más delgada, porque le resulta más fácil de vestir a la hora del desfile, este diseñador apuesta por mujeres de delgadez como la de Ester cañadas o el cuerpo atlético de Naomi Campbell, argumentando que la moda de la extrema delgadez se pasó con Kate Moss.



## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

Angel Schlesser, exculpa totalmente a la moda de su influjo en la anorexia, la verdadera prevención está en la educación, que no cree inseguridad en los jóvenes y apuesta por fabricar tallas de la treinta y ocho a la cuarenta y seis.

En general moda, es según ellos otro elemento más, absurdamente inculpado de ser el factor desencadenante, uno más no significa ser el único ni el más importante.

En torno a estos temas, otra cuestión que trae de cabeza a los políticos y gente de la calle, y que ha llegado a las puertas del congreso es la presentación a cargo de dos diputadas socialistas, Margarita Pin y M<sup>a</sup> Jesús Arrate Varela, de una proposición no de ley que regule el tallaje y la confección de tallas que no corresponden realmente a su numeración, acusando así a las empresas de confección, representados a través de la FEDECOM (Federación Española de Empresas de Confección), se excultan de las acusaciones vertidas sobre ellos, culpando al márketing de la proliferación de enfermos. (HOY, 17-3-1999)

Sólo con asomarse a la prensa del corazón por otra parte, vemos en sus artículos la realidad del culto a la delgadez, así las revistas nos muestran las medidas de las famosas como el 1,70 cm de altura y 44 kilos de Kate Moss a costa de un régimen diario de 966 calorías. La Schiffer adelgazó practicando un régimen de 458 calorías frecuentemente, sin comer carnes, y solamente un poco de pescado hervido con verduras. Así presenta ahora una imagen más delgada que nunca. Latoya Jackson no supera las 550 calorías diarias en sus menús (J.Toro 1996). No peor que esto es la elección de la modelo Inés de Fressange musa de Chanel para representar a la imagen mítica de la "Marianne" símbolo de la república Francesa con sus 1,81 cm de altura y 50 kilos de peso.

Calvin Klein en una entrevista recogida en El País Semanal del 20-XI-1994, presentaba la manera en que se percataba del problema de la anorexia, exculpándose de promocionarla a través de los cuerpos de sus modelos y agregando después que la ropa sienta mejor a las mujeres delgadas y que él las prefiere delgadas para mostrar sus desfiles, porque según sus palabras "la imagen es importantísima". La imagen es importante porque entre otras razones vivimos en la era de los medios audiovisuales, siendo coherentes con nuestro tiempo, no podemos pues abandonarnos a la dejadez, puesto que la estética externa se ha convertido en un símbolo social, lo que ocurre es que la imagen pertenece al cuerpo y si el cuerpo no es ideal, no existe imagen para el mismo.

La imagen ideal es propagada por los medios de comunicación, la publicidad y el cine, la moda y la televisión y en el mundo occidental ésta pertenece a las *tops models, artistas de cine, los anuncios de Calvin Klein o los cuerpos "danone"*.

#### **IV.4.4 MODA Y PUBLICIDAD**

Quizá es el momento de reflexionar sobre las concomitancias de estas dos facetas sociales para explicar mejor el número de relaciones que entre ellas interfieren dentro de una sociedad de consumo.

Por una parte hemos de decir que la sociedad ha creado esta supermoda de las pieles cercanas al hueso, algunos culpan a la publicidad de ser la generadora de esta tendencia, como dice O.Traversa (1992),

*"En su fastuosa miseria la publicidad nos libró algunos indicios para comprender cómo se fue constituyendo la moda del cuerpo que hoy consumimos"*

La verdad es que la publicidad es un escaparate de modas, femeninas o masculinas pero que sobrepasa toda acusación de ser generadora de las modas del cuerpo, desde el momento en que se le da a la publicidad un poder que por su naturaleza no posee, se vuelve a los postulados de la sobrecogedora fuerza de la todopoderosa publicidad, negadora de la más incorrupta voluntad.

Para otros como G.Lomazzi (1972), la moda y la publicidad abordan dos temas que pueden encontrarse en oposición, la moda es una manifestación estética que saca su inspiración de lo racional, mientras que la publicidad es un fenómeno utilitario. La publicidad por su esencia debe ser contraria a las novedades no programadas y la base de su éxito está en que consiga ser original siguiendo las líneas del conformismo, para captarse al mayor número de consumidores y que por encima de todo debe ser sorprendente.

Estamos de acuerdo en que la sociedad de consumo necesita objetos para ser y destruirlos para sentirse viva, el uso de los objetos nos lleva a su pérdida lenta, la destrucción a través del consumo es la única alternativa a la producción. Esta produce objetos para los sujetos pero como dice K. Marx (1976), también produce un sujeto para

## CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
 IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
 IV.4 LA MODA

el objeto. La producción crea el producto, determina su modo de consumo y provoca en el consumidor la satisfacción de una necesidad.

Según J.Baudrillard (1974)

*"La publicidad realiza el prodigio de que un presupuesto considerable sea consumido con el único fin, no de añadir, sino de quitar valor utilitario a los objetos, de quitarles su valor/tiempo sometiéndolos al valor /moda y a una acelerada renovación".*

Según este autor la publicidad se encarga pues de dar a los objetos su carácter efímero poniéndolos a la moda en un determinado momento. Es cierto que el consumo derrochador se ha convertido en una obligación cotidiana, en una institución forzada, y a menudo inconsciente porque los objetos no se discuten en su esencia ni en su constitución, pero si se discute el hecho de que los objetos al ser sociales se consoliden como elementos clasistas o emblemas sociales u honoríficos.

En este contexto la moda es un modelo de adhesión a un grupo social determinado, definido por las tendencias y las características, y por el grado de instrucción, el tipo de trabajo, la mentalidad. La moda es para K. Marx (1976), una herramienta de consumo porque el producto sólo es tal en el momento del consumo y el consumo es inmediatamente producción. Esto significa que la moda aporta a los productos su carácter efímero de manera que no se hacen en función de su vida y su valor unitario sino en función de su muerte al pasar de moda.

Por otra parte los factores más influyentes en la moda son la calle como manifestación de las personas que la ocupan, y los escaparates en donde se exhibe, y en último lugar la prensa en general y los medios de comunicación; en este aspecto los medios de comunicación se entienden en su área general y no desde el punto de vista solo de la publicidad. La publicidad de moda es constantemente y en mayor medida la publicidad del vestido, es decir de una serie de prendas y de marcas, juntadas sistemáticamente, que conforman un sistema paradigmático de acuerdo con ciertas reglas. La moda del vestir es ante todo un sistema de signos significantes, un lenguaje, y uno de los modos de comunicarse más efectivo y eficaz.

La publicidad se apodera de la moda gracias a la conciencia de función social y psicológica que esta conlleva. La publicidad ayuda a la moda a llegar a sus grupos sociales anticipando el alcance de la acción que se va a desarrollar y una vez

**CAPÍTULO IV. EL CONTEXTO GENERAL SOCIOCULTURAL**

IV.1 NUESTRO CONTEXTO SOCIAL  
IV.2 LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
IV.3 LOS SUJETOS DEL CONTEXTO SOCIAL  
**IV..4 LA MODA**

delimitado este alcance, la moda se erige desde las tiendas como continuadora de esta labor, cuidando de respetar las reglas del grupo al que va dirigida sin provocar una reacción negativa que pueda excluir al grupo, teniendo en cuenta que cuando la identificación de la moda con su grupo es muy intensa, da la ilusión a estos consumidores de conseguir por medio de ella, llegar a elaborar dentro del grupo su estilo propio. El cine en los años de principio de siglo, era el escaparate de la moda y de las estrellas, hoy en día la publicidad muy cuidada y muy estilizada, debido al dinero que mueve, se encarga de ser el escaparate de la moda eso sí, sin el "glamour" de las pasarelas.

## IV.5. BIBLIOGRAFÍA. CAPÍTULO IV

Alonso, S y Ruiz, R (1999) "El gobierno obligará a los diseñadores a impulsar tallas superiores a la 40 para frenar la anorexia". La Razón.15/4. Pag 14 y 37.

AA.VV. (1980) **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders**. Third edition. Washington,DC, The American Psiquiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord).**DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** 1ª ed. Barcelona. Masson. 1981)

AA.VV. (1988) **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders**. Third edition. Revised, Washington,DC, TheAmerican Psiquiatric Association. (Traducido:).1ª ed rev. **DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Masson. 1988.)

AA.VV. (1995) **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders**.. Fourth edition. Washington,DC. The American Psiquiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord) **DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** . Barcelona. Masson. 1995)

AAVV. Coord. Morandé,G (1995) **Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario**. Insalud. Madrid.. pp.193.

Adorno,T. Teoría estética. Madrid. Hispamérica,1984.

Alemaný,M. (1995) **Enciclopedia de las dietas y la nutrición. Los secretos de nuestra alimentación. Claves para una dieta racional y equilibrada**.1ª ed. Barcelona. Planeta.pp 404-546.

Alonso Fernández, F. (1996) **Las otras drogas: Alimentación, sexo, televisión, compras, juego, trabajo**. Colección fin de siglo, Temas de hoy. Madrid, pp 67-89

Bañuelos,C (1994) "Los trastornos estéticos en los albores del siglo XXI : hacia una revisión de los estudios en torno a este tema" Revista española de investigaciones sociológicas, 68,oct-dic. pag.119-135

Barthes, R(1978) **El sistema de la moda**. Barcelona. G.Gili.

Baudrillard,J.(1989) **Crítica a la economía política del signo**. México Siglo XXI.

Blanco y Negro (1969)"las caderas se redondean y el talle adquiere una indescriptible finura" 1/11.

Blanco y Negro (1974)"Moda Ad Lib" 29/7.

Bourdieu, P. (1988) **La distinción. Criterio y bases sociales del gusto**. Madrid, Taurus.

Bourdieu, P. (1990) **Alta cultura y alta costura, en Sociología y cultura**,México, Grijalbo.

Casino G.(1996) "El escáner Dietas y "fast food " Hemeroteca. Número 202. Jueves, 16/ Mayo.

Clauser,G.(1961) Verhaltensanalyse und aktiv-analytische Psychotherapie pudertätsmagersüchtiger Mädchen, en "Prax . Kinderpsychol." 10 278-287

Córdoba, V. (1997) "Hamburguesas con vitamina E.Los antioxidantes disminuyen algunos de los peligros de las grasas" <http://www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html>

Crocei,P et al (1993) **Los cuerpos dóciles. Hacia un tratado sobre la moda** La Marca. Buenos Aires.

Chernim K.(1982): **The obsesion (Reflections of the tyranny of slenderness)**. Perennial library, Harper and Row. NY. 206 pag.

Díaz,M y Martínez-Fornés,A (1999)"Las tallas cada vez más pequeñas, empujan a la anorexia a miles de adolescentes". ABC, Martes 9/3.pag.76-78.

E.G.M. (1998).Datos acumulados, 1º y 2º oleada, (22/1-17/3 y 8/4-2/6) AIMC. Madrid

García, Germán, L. (1982) Entrevista de Alberto Cardín a Germán García. Publicada en la revista MODA, nº 3 (Barcelona, octubre)

Gavarrón Casado, L (1989) **La mística de la moda**. Barcelona. Anagrama.

Gavarrón Casado, L.(1982) **Mil caras tiene la moda**. Madrid. Penthalon.

Guillemot, A , Laxenaire, M. (1995) **Anorexie mentale. Le poids de la culture**. Paris. Masson. (Traducido:Alfonso Rodríguez Martínez. **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura**". Barcelona. Masson. 159 pag.)

Hoy.(1999) "El Mundo de la moda acusa a la publicidad de fomentar el canon de la extrema delgadez" 17/3. pag 31

Jauregui, P.(1998). "La epidemia del siglo XXI. los expertos advierten sobre el aumento preocupante del sobrepeso" El Mundo. Nº 297. 4/6. Navegante de Salud. Internet.

Lomazzi, G. (1972)."Un consumo ideológico" en AAVV. **Psicología del vestir**. Barcelona, Lumen.

López Blanco. M (1997) "Nutrición, tinto para adelgazar.El consumo moderado de vino no aumenta el peso corporal" El Mundo, 241. jueves, 3 de Abril.

Loureiro Cachón, V.E (1994) **Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de bup. Municipio de la coruña**. tesis. Santiago de Compostela.

Llanos de ,E. (1992) "Los hábitos alimentarios y su trastorno desde una ética corporal occidental" Anthropológica. Revista de etnopsicología y de etnopsiquiatría. Pag 3sesenta y nueve-377, 7-12. vol III

Manso, S (1999) "El Congreso aprueba por unanimidad una batería de medidas para frenar la anorexia" 15 de abril. Pag 77.

Marx K. (1976) **Introducción a la crítica de la economía política**. Bs.As. Editorial Polémica.

Mateu, V (1999) "Rechazan el empleo de modelos menores de 16 años" El mundo.15/4.Pag 36.

Matey P.(1997)."Nutrición/Comer menos para vivir más.Estudios en animales demuestran que tomar menos calorías retrasa el envejecimiento y prolonga la vida" El Mundo Nª 265. 16/10 WWW.el-mundo.es.

Matey P(1998) "Nutrición/ dietas la energía no pesa. Los estudios demuestran que el consumo de carbohidratos ayuda a perder y a controlar el peso" El Mundo. Nº 299. 18/06. WWW.el-mundo.es.

Matey P.(1998) "Nutricion / dieta y deporte. un estudio muestra las deficiencias en la alimentación de las atletas españolas.Hambre de récord" El Mundo. Nº 281, 19/02. WWW.el-mundo.es.

Mazur ,A (1986) "U.S. trends in feminine beauty and overadaptation" Journal of Sex Research, 22-281-303.

Miguel, de A.(1995) "Antología de piezas publicadas".(en **La sociedad española 1993-4/1994-5**, Editorial Complutense, Madrid.) Internet <http://WWW.servicom.es/tabulav/kalamos/num 1/esp/pagina 67>

Miguel, de A. (1997).**La sociedad española 1996-1997. Informe sociológico de la Universidad Complutense**. Editorial Complutense. S.A. Madrid. 1ª ed. pp 63-103

Morandé, G. (1995) **Un peligro llamado anorexia**. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid.

Otero, I (1999) "El Congreso exige la unificación de las tallas contra la anorexia", Diario 16. 15/4. Pag. 6.

Perez Tornero et al. **La seducción de la opulencia: publicidad, moda, consumo**. Paidós . 1992. Barcelona.

Quintas. E (1998) **Hábitos alimentarios y problemática nutricional de bailarinas, esquiadoras y baloncestistas. Comparación con jóvenes sedentarias y repercusión en la densidad ósea**. Tesis no publicada. Facultad de Farmacia. UCM.Febrero.

Rivière. M (1997) **La Moda ¿Comunicación o incomunicación?** Barcelona.Gustavo Gili.

SEMANA (1961) "Atención a la báscula" 4/7 pag 30.

SEMANA (1961) "Miss Internacional" 11/7.

SEMANA (1961) "¿Adelgazar, engordar? Acaba de lograrse la localización de la grasa" 8/8 pag 45.

SEMANA ((1963) "La mejor de París" 11/6.

SEMANA (1965) "Moda" 13/4.

SEMANA (1964) "Opositoras a Miss España" 5/5 pag 18-20.

SEMANA ((1964) "Sobre las huellas de Michele Lucky. Su hija sube a las pasarelas de la alta costura" 12/5.pag.38-39.

SEMANA ((1964) "Flacas, Flaquísimas" 12/5.

SEMANA (1964) "Miss Madrid es miss España" 12/5.

SEMANA (1964) "Pierda de donde quiera" 2/6 pag 42-44.

SEMANA (1964) "La nueva Miss Europa" 9/6.

SEMANA (1965) "Moda" 6/4 pag 45.

Toro, Josep. (1996) ***El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad.*** Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

Traversa, O. (1993) "De la cintura de avispa a la "ligne normale": acerca de la figuración del cuerpo en los medios de prensa", en Crocei, P. et al. ***Los cuerpos dóciles***, Buenos Aires, La marca

Turón Gil V.J,(1997) ***Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad.*** Barcelona Masson, 1ª ed. 312 páginas

Veblen, T. (1992) ***Teoría de la clase ociosa.*** 2ª edic. Mexico. Fondo de cultura económica. 406 pag.

Villota Toyos, G.(1992) "El desfile de los cuerpos" Publicado en el catálogo Bodies Parade, por Arteleku. Donostia.

Vogue.(1996) documentación de la biblioteca de Adaner.



# CAPITULO V

## EL MARKETING ADELGAZANTE Y LA

## PUBLICIDAD.

En este capítulo vamos a analizar las herramientas del marketing, y dentro de esta área, la publicidad desde una perspectiva aún teórica, con el objeto de centrar esta variable, antes de realizar nuestra investigación de campo. Como podemos observar la intención a lo largo de los capítulos anteriores ha sido descender desde lo general hasta lo particular en el intento de dar una panorámica extensa del contexto y de las variables protagonistas de este trabajo, llegados a este momento y teniendo en cuenta la íntima relación de la industria del marketing con la publicidad y el consumo, es importante empezar dando unas notas al respecto, para centrar después el tema en la publicidad. Las variables del marketing generalmente consideradas y analizadas aquí serán el "precio", "producto", "distribución" y "comunicación", verdaderamente no dedicaremos a todas la misma importancia, porque no resulta efectivo a nuestros propósitos, pero sí centraremos especialmente el capítulo en el producto y en la comunicación de los mismos, por supuesto a través de la publicidad, que es el fin último de nuestro análisis.

Ahora vamos a explicar aquello que hemos llamado el "MARKETING ADELGAZANTE"<sup>51</sup>, y lo vamos a definir paralelamente a la definición de J.J.Lambin (1997) sobre el MARKETING, como **"el proceso social"**, ya que está inmerso en la sociedad para el disfrute y bienestar de ésta, **"orientado a la satisfacción de necesidades y deseos"** de las personas, sobre todo de aquellas que tienen el deseo de adelgazar, **"por la creación y el intercambio voluntario de productos y servicios generadores de estas utilidades"**, que en este caso están centradas en el adelgazamiento, como una utilidad de estado.

<sup>51</sup> Hoy en día ponemos al marketing las más variadas etiquetas en función de su orientación, así tenemos por ejemplo el "marketing social", "marketing ecológico", por este motivo y aunque no creemos tanto en las diferencias reales entre ellos, porque el marketing es una herramienta global, nos hemos permitido la licencia de acuñar esta expresión referida al "marketing adelgazante"

## V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DESDE UNA POSTURA CRÍTICA

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V.4 LA PUBLICIDAD  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL

# V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DESDE UNA POSTURA CRÍTICA.

El consumo o consumismo, es la acción de adquirir bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de todo tipo, desde las fisiológicas hasta las de realización, el problema es que a medida que nos elevamos en la pirámide de las necesidades<sup>52</sup>, dejamos atrás el verdadero consumo para entrar en lo que llamamos consumismo, que además va cargado de una cierta esencia de banalidad de los artículos adquiridos, y que a veces responden a comportamientos poco razonados e impulsivos. Este consumismo puede desencadenar problemas para el ser humano en todas las facetas de su vida, por ejemplo en la salud, ya que el deseo casi mecánico de satisfacer necesidades y deseos, como la satisfacción privilegiada de una necesidad de adelgazamiento, en ocasiones nos hace caer en conductas nocivas.

En cuanto al tema que nos ocupa, el culto al cuerpo, nos ha hecho degenerar en hábitos no acertados en relación a la nutrición y el cuidado de la imagen que a la larga componen parte del espectro complejo de enfermedades como los TCA, estas patologías conllevan una gravedad superior a la satisfacción que puede ofrecer, el tener un cuerpo en mayor o menor medida a la moda, o en consumir unos u otros productos. El fácil acceso al consumo y la información, nos hace esclavos de elementos y productos que no generan buenos hábitos, (por ejemplo el consumo de alimentos de tipo "light"<sup>53</sup>, o sustitutivos de comidas); el consumo se ha abaratado a costa de la calidad del producto que compramos, las sacarinas sustituyen al azúcar, los desnatados a los grasos, los colorantes a las especias, los precocinados y deshidratados a los alimentos cocinados en su estado natural. Todo esto supone una bajada de la calidad alimentaria en cuanto a la nutrición del cuerpo, que puede causar enfermedades. También la ingesta de alimentos poco saludables, como la comida rápida, el exceso de azúcares y dulces, las carnes muy grasas, son poco recomendables para la buena salud.

En el polo opuesto, negarse al consumo hasta la inanición, es igualmente contrario a la óptima marcha del organismo. El problema es que parece que la buena

<sup>52</sup> Nos referimos a la pirámide de las necesidades humanas o pirámide de Maslow, porque este organizó las necesidades en escalones que van desde las necesidades primarias hasta las de realización.

<sup>53</sup> A propósito de estos productos es necesario mirar convenientemente el envase y percatarse del contenido de calorías de estos, puesto que en casos, el ahorro energético es muy bajo o no existe; sobre este particular ,ver A. Comillot. (1992)

**V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
DESDE UNA POSTURA CRÍTICA**

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V.4 LA PUBLICIDAD  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL

salud y la moda no van unidas, las ganas de vestir una determinada ropa, los deseos de superación personal, nos lanzan en la juventud, a desear aquello que creemos nos realizará como personas y a veces las herramientas del hombre se desbordan hasta conseguir eliminar las esencias del ser en virtud de las herramientas usadas. Se intenta creer que el cuerpo deja de ser esencia para ser herramienta de la moda del vestir y del llevar los huesos por traje. El error es que en la actualidad creemos que aquello que en las áreas de la vida nos favorece es lo que se ve, lo que forma parte de la apariencia, hemos endiosado al cuerpo, pero en lugar de halagarlo y alimentarlo como los antiguos pueblos a sus dioses, lo hemos condenado a adelgazarlo y castigarlo con una vigilia permanente.

### **V.1.1 LOS EFECTOS DE LA INTOXICACIÓN INFORMATIVA**

Diariamente, nos sometemos a un conjunto impresionante de elementos que se agrupan en informaciones dispares y disgregadas las cuales absorbemos sin rechistar, la revolución de las comunicaciones, nos ha hecho exponernos a tal volumen de informaciones que la facilidad y el éxito de interiorizarlas es mínima, la cantidad es mucha más que la calidad. Las relaciones parecen estar codificadas a través de unos códigos irreflexivos que nos muestran esquemas de comportamiento pero ante los cuales el sujeto nunca pierde su libertad de reaccionar libremente.

En general la publicidad y la moda no son los únicos acusados en el mercado consumista, las televisiones y los mercados de imágenes, conspiran diariamente en el mismo sentido. La continuidad de espacios sin aparente diferenciación entre ellos y además unidos por la publicidad, nos hace atender a un panorama un poco irreflexivo y superficial; si a esto unimos la combinación de los códigos, por ejemplo el código informativo en programas de humor o en cine o series, nos confunde más hasta el punto de parecernos todo irreal, como si nada pudiera gozar de la seguridad de la realidad. En cualquier caso el hombre puede discernir y no confundirse, pero se le obliga a hacer un esfuerzo añadido que no está siempre dispuesto a hacer, pasando a la irreflexión y el hastío.

**V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
DESDE UNA POSTURA CRÍTICA**

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V.4 LA PUBLICIDAD  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL

Por otra parte, "La comodidad nos hace parecer cada vez más vagos", teniendo en cuenta la veracidad de la frase anterior, reflexionemos a propósito de ella. Cada día queremos nuevos elementos que no tenemos o incluso de los cuales teniéndolos, nos hemos cansado; estamos aburridos de nuestro decorado, de nuestra imagen, necesitamos cambiarla para conciliarnos con nosotros mismos, comprando alguna cosa, el deseo de sentirnos bien a veces nos desvía al consumismo, el problema es que debemos adaptar el consumo a nuestras expectativas y posibilidades; claro que, hoy en día, los templos de las tarjetas de crédito y los grandes almacenes, son paraísos de consumo donde se puede acceder a todo e incluso al ocio, ya que allí uno se puede pasar el día maravillosamente sin necesidad de salir.

El problema de la frustración, sobreviene cuando el deseo de consumir no nos falta, pero no podemos consumir aquello que queremos porque no estamos a gusto con nosotros mismos, aun incluso teniendo poder adquisitivo suficiente. Este es el caso que sucede al ir a una tienda de moda y descubrir que la ropa que te gusta, es para cuerpos de muñeca y que tu talla ni siquiera se fabrica en este modelo. El deseo de consumo nos hace ser más conscientes de cómo somos de lo que queremos y esperamos de nosotros mismos y nos martiriza continuamente en un intento de ser más perfectos, según el patrón de moda actual.

El consumo como dijimos antes, provoca trastornos al modificar los hábitos alimentarios y la destrucción de las costumbres de compartir la mesa o ingerir comidas calientes. Todo esto está provocando una fuerte tendencia a adquirir comportamientos sinónimos de poca salud, tanto física como mental, y dentro de los perjuicios mentales, destacar las fuertes complicaciones psicológicas y las dificultades de relacionarse con los demás, que padecen jóvenes y también adultos, en la actualidad.

En la época del consumo, la abundancia, y facilidad para disfrutar los placeres de la vida, hacen difícil comprender como mientras unos han disfrutado la exquisitez de un alimento, otros jóvenes se niegan a comer por no querer ser infiel a su estética de huesos y de mantenerse permanentemente a dieta. Las personas no entienden como en la sociedad opulenta, la restricción se puede hacer tan intensa que lleve a la muerte y al desequilibrio personal en todos los aspectos.

La incompreensión origina otro estereotipo social ante estas adoradoras de la delgadez que se convierten para la sociedad en "niñas tontas por no querer comer"; sin

**V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
DESDE UNA POSTURA CRÍTICA**

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V.4 LA PUBLICIDAD  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL

parase a pensar en las causas de todo tipo que pueden estar en el origen de tal actitud. En la actualidad el consumo unido a otros elementos igual o más importantes que este, han llevado a desarrollar estas patologías en niños cada vez menores, entre otras cosas porque perciben más los estímulos sociales de todo tipo y son menos críticos con ellos, debido a que no tienen tanta facilidad de comprensión e interiorización. La angustia ante el consumo, puede generar en algunos casos una fuerte disposición ante el deseo de conseguir aquello que puede equilibrar mi nivel o que me da una cierta seguridad interior, porque me ayuda a conseguir poder, aprobación.

En el caso de las anorexias y bulimias, por ejemplo, el acto de consumir o no, una determinada cosa está en función de conseguir otra que es el adelgazamiento, tras el cual, vienen en el primer momento, las sensaciones de bienestar porque el adelgazamiento permite aparentar ante los demás aquello que se deseaba, la aprobación, el cariño, la seguridad personal ante el físico, la aceptación y la autoestima. El problema es que una vez satisfechos los primeros deseos, materiales y relacionados con la apariencia, nos damos cuenta de la imposibilidad de modificar nuestro entorno, y después de haber realizado un esfuerzo tan grande, una profunda tristeza y soledad personal y social se apodera de los enfermos.

## V.2. LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES

Esta es la primera variable del "MARKETING ADELGAZANTE" que vamos a analizar por su influencia en los TCA, y que como ya habíamos presentado en nuestro modelo (ver capítulo III), es uno de los factores socioculturales de tipo precipitante que puede hacer con otros factores, que aparezca un desequilibrio alimentario.

Los productos adelgazantes están diseñados y encaminados a la pérdida de peso, lo cual es posible, con mucho sacrificio, si se tienen bastantes semanas por delante. Lo que ya es, sin embargo, más difícil, es mantener esa pérdida constante, salvo que el giro en el estilo de vida de la persona con sobrepeso sea absoluto, las tallas abandonadas con la dieta, si no existe cambio en los hábitos, se recuperan siempre con el paso del tiempo. La mayoría de las personas que han perdido kilos, pasando hambre claro está, vuelve -después de pocos años- al mismo peso que les obligó a realizar dieta. Por una parte, es difícil mantener para siempre una ingesta muy baja en calorías y en grasa y no siempre es sencillo practicar ejercicio intenso con frecuencia. Además el organismo del obeso no "soporta" la pérdida de peso y disminuye paradójicamente el consumo energético para contrarrestarla. Entonces, el volver a engordar es casi inevitable.

El deseo desbordado de perder peso propio de los noventa, ha hecho que muchas personas usen fármacos, como método para bajar kilos de forma rápida y eficaz. Aunque el uso de las anfetaminas se estableció en los años treinta para adelgazar, siempre existió consenso sobre lo dañinas que podían ser estas pastillas si se usaban sin control médico, o para tratar casos de ligero sobrepeso. Hoy en día los riesgos parecen haberse dejado de lado en función de la belleza física. No son pocos los productos adelgazantes que exponen al organismo a daños que a menudo, pueden ser permanentes e irreparables. Estos productos, son hoy en día el reflejo comercial del deseo adelgazante, y por supuesto no sólo a través de fármacos como el caso de píldoras, sino también a través de los productos "light" o bajos en calorías que no adelgazan pero se supone que no engordan. La realidad es que según los especialistas en nutrición, no existen alimentos que engordan o adelgazan por sí mismos, sino que todo depende de la cantidad en que se ingieran.

La muestra de productos adelgazantes hoy en día va desde:

### **-PRODUCTOS DE ACTUACIÓN DIRECTA EN EL CUERPO**

La clasificación siguiente presenta los productos existentes, teniendo en cuenta su gradación desde los menos intervinientes a los más agresivos para el cuerpo.

#### **1. Aparatos:**

\*Activos: el conjunto de aparatos de gimnasia.

\*Pasivos: prótesis y prendas corporales que ayudan a adelgazar, disimular o embellecer.

#### **2. Productos no ingeridos:**

\*Activos: la categoría de los cosméticos adelgazantes, cremas y geles.

\*Disimuladores: maquillajes que ayudan a embellecernos.

#### **3. Productos ingeridos:**

\*Fármacos, laxantes y diuréticos.

\*Alimentos suplementarios o sustitutivos de las comidas, alimentos de fibra, productos "light" o bajos en calorías.

#### **4. Técnicas quirúrgicas:**

\*Cirugía correctora.

\*Cirugía estética.

### **-PRODUCTOS DE ACTUACIÓN INDIRECTA EN EL CUERPO**

1- La presencia de las **revistas o libros de dietética** que compramos para encontrar el "milagro antigrasa"<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Hacemos referencia al conocido eslogan publicitario de la marca de productos de limpieza Fairy, por el símil establecido entre los productos adelgazantes y el lavavajillas, porque ambos actúan eficaz e instantáneamente contra la grasa.

## **V.2.1 PRODUCTOS DE ACTUACIÓN DIRECTA EN EL CUERPO**

Nuestro propósito no es el de ampliar la descripción de estos productos sino la clasificación de los mismos para esquematizar mejor las herramientas al alcance de la sociedad en relación al culto al cuerpo.

### **V.2.1.1. APARATOS Y PRENDAS:**

El consumo de **aparatos de gimnasia pasiva o activa** así como **prótesis, fajas u otros elementos** de extraño uso y peores resultados se comercializan en todo el mundo con una cifra de negocio anual de unos dos mil quinientos millones de pesetas, J.Toro (1996), los canales de comercialización de estos productos son fundamentalmente la televenta y la venta por correo. Podemos corroborar estos datos con los de nuestra investigación en la que la mayoría de las niñas recordaban anuncios adelgazantes anunciados por televenta.

Otros instrumentos como las **prótesis o prendas reductoras**, tuvieron éxito reciente en España, aunque ya existían intentos de comercialización en los años sesenta, con el lanzamiento de prendas reductoras, de dudosa eficacia en los siguientes términos. (SEMANA, 1964)

*"Estimula el calor natural del cuerpo , y no permitiendo que se disipe, provoca una transpiración abundante. Es como si sumergiesen todo el cuerpo, o las partes sometidas al tratamiento, en una especie de baño de calor que disuelve la grasa superflua y elimina las impurezas de la piel."*

Estas prendas que según la información de la revista SEMANA (1964), *"tienen el poder de reducir los vulgarmente llamados "michelines", resultan irrisorias para el consumidor actual, aunque el fundamento de las mismas es igual hoy en día, la precariedad de su uso nos demuestra su inutilidad. "Hay que pulverizar las prendas con un desodorante antes de ponérselas", aunque como se dice "no es necesario ponérselas sobre la carne, sino sobre la ropa interior de algodón", "La zona del cuerpo sometida al efecto de la prenda adelgazadora se debe frotar con una esponja mojada en agua caliente y escurrida o con agua de colonia". Aunque se pretende rodear de una cierta cientificidad al instrumento, la realidad es que parece no servir para nada, e*



incluso pueden ser perjudiciales para la salud, no sólo en lo que se refiere al uso de la prenda sino en la aplicación conjunta con unas pastillas que quitan el hambre, de dudosa procedencia.

*" LA SENSACIÓN DE HAMBRE. Lo más difícil en los primeros días, pero se puede uno ayudar tomando unas pastillas inofensivas que quitan la sensación de hambre y que serán ordenadas por un médico. Luego se acostumbra con cierta facilidad, porque el organismo no sufre desde el momento en que se nutre de la grasa de reserva".*

Después de ilustrar con un caso antiguo el tema de las prendas reductoras, tenemos que decir que en España, la primera reaparición exitosa del mercado de las prótesis de belleza se dio a partir de 1994 con la revitalización del Wonderbra, decimos revitalización porque el primero ya se hizo en Venecia de madera y piel de ballena en el siglo XI ( J. Toro, 1996), y que se comercializó sin éxito en los sesenta, para ser la explosión estética de los noventa. Las ventas se dispararon en toda Europa y en España, donde cuarenta y ocho horas después de ponerse en el mercado se agotaron las existencias en todos los establecimientos y la demanda era de cuarenta mil unidades, sólo dos semanas después. Su lanzamiento fue en Nueva York en Macy's donde vendieron uno cada quince segundos.

Después del Wonderbra se empezaron a comercializar imitaciones y otros productos como los "pantys" reductores de vientre, pistoleras y trasero, las fundas reductoras de cuerpo y cintura, que se extienden desde el escote o bajo pecho hasta los muslos. Para los hombres los slips de almohadillas traseras y delanteras. Los "pantys" liposuccionantes sin cirugía, que esconden, colocan y engullen lo que sobra, entre otras novedades.

En esta categoría de aparatos pasivos nos encontramos elementos como *Los "productos magnéticos"*, que están encuadrados también como *"productos milagro"* ya que no se han demostrado científicamente los supuestos efectos benéficos de productos industriales basados en el magnetismo: Pinzas antidolor, collares, pulseras, duchas magnetizadas.

### **V.2.1. 2. PRODUCTOS NO INGERIDOS**

Son aquellos aplicados sobre el cuerpo con el objeto de mejorarlo externa e internamente, nutriendo la piel, eliminando arrugas, reafirmando los tejidos. También están contenidos aquí los cosméticos como productos disimuladores ya que sólo pueden limpiar, perfumar, colorear, proteger, mantener y modificar el aspecto de partes superficiales del cuerpo, pero no pueden cicatrizar, hacer desaparecer las arrugas, favorecer la creación de melanina, detener el envejecimiento de la piel, eliminar grasas, facilitar pérdida de peso, ni activar la microcirculación de la sangre.

### **V.2.1. 3. PRODUCTOS INGERIDOS**

La diferenciación hecha aquí entre alimentos sustitutivos y dietéticos por una parte y fármacos por otra es muy importante puesto que, aunque ambos se ingieren si los primeros pueden ser dañinos los segundos usados sin control pueden ser mortales.

- **Los productos "light":**

Dentro del mercado variado de los **productos "light"**, destacan el mayor consumo de los lácteos y refrescos.

⇒ **Los lácteos desnatados:**

Dejando de lado el hecho de que algunos se empeñen en eliminar los lácteos de su dieta, o que otros se hinchén a comer yogures pensando en adelgazar la realidad es que la leche es uno de los alimentos más completos que existen y cuyas propiedades se confunden en pensamientos de fantasía que asocian lo de ser alimento completo con ser "alimento que engorda", para ellos están los postres desnatados que eliminan el miedo a comer yogurt y beber leche, para los que tienen miedo a engordar. El mercado generado así, ha supuesto enormes beneficios para las marcas líderes.

Estos postres están dirigidos a mujeres entre veinticinco y treinta años de medios urbanos y clase media alta, cuyas ventas ha supuesto un incremento reciente tanto en las leches desnatadas como en los postres, según dice J.Toro (1996), tantos años para concienciar a la gente de que la leche es un alimento completo para ahora

empeñarse en consumirla de la manera más incompleta posible. La misma tendencia siguen los postres de los cuales dos de cada diez yogures vendidos son desnatados, siendo este mercado el 20% de todos los yogures. La leche desnatada, igualmente ha incrementado su consumo frente a la entera cuyos ingresos son de nueve mil millones, frente a los doce mil de las desnatadas.

Aunque muchos detractores, tantos como amigos, tiene la leche desnatada; algunos dicen que la leche desnatada no pierde sus vitaminas y propiedades salvo las derivadas de la grasa que contienen las grasas, que aquí se eliminan, de igual modo para los que no quieren tomar toda la grasa pero tampoco ninguna, la oferta del mercado lácteo propone la leche semidesnatada para ejercer de intermedio. Al igual que con la leche, los yogures ofrecen una variedad enorme al mercado más exigente y selectivo, ya que existen muchas marcas y la gama de productos es muy extensa.

### ⇒ **Los refrescos de cola.**

El mercado de los refrescos de cola, al igual que el de la leche es un mercado maduro en el que existe multitud de competidores que poseen una pequeña cuota de mercado. Los refrescos "light" han supuesto la revolución de estos productos en ventas, pero el nicho de mercado descubierto con los productos dietéticos se está saturando en la actualidad, lo que está fomentando las salidas a nuevos mercados, por lo que esto ha llevado a las grandes marcas a investigar nuevas oportunidades, diversificando los productos de la gama "light". El último avance al respecto y que nos servirá de ejemplo es el caso del lanzamiento en España de la Coca Cola "light" sin cafeína.

Hasta 1991 en cuanto a bebidas ligeras, las ventas experimentaron un crecimiento 20% anual, mientras las no "light" subían 3%. El departamento de investigación de la multinacional analizó las posibilidades de crecimiento dentro de la gama Coca-Cola "light" y llegó a la conclusión de que aunque se vendan en España setenta y cinco litros de Coca-Cola "light" por cada cien litros de cola, no era suficiente con ser la primera bebida más vendida en España. En Europa Coca Cola "light" es la tercera más vendida, entre los doce y veintinueve años. Con unos gastos publicitarios de más de novecientos millones de pesetas. El as en la manga, de la nueva Coca-Cola "light" sin cafeína, es ser la primera en un mercado virgen. (El Mundo. 1998)

La multinacional delimitó el público que compraría la Coca-Cola "light" sin cafeína a los consumidores entre veinticinco y cuarenta y cinco años que se cuidan y preocupan por ellos mismos. El objetivo era captar un nuevo cliente que hasta la fecha no tenía esa opción de combinar una cola "light", sin la cafeína que llevaba habitualmente, y así si antes alguien no se atrevía a tomar una Coca-Cola "light" por la noche por miedo a no dormir, ahora ya no tiene ese problema, y tampoco si es por estrés<sup>55</sup>, La aceptación del producto se basa en el razonamiento siguiente: aunque a nadie se le ocurriría pedir en una discoteca, una cola sin cafeína, ya que posiblemente se lo impediría la vergüenza, porque es un producto que está restringido al consumo de los niños; sin embargo, el 37% de los consumidores de café combinan productos con o sin cafeína dependiendo de la ocasión. Este es un cálculo que no ha pasado desapercibido a Coca-Cola, que ha sido la primera compañía en lanzar un producto de este tipo y que le dará una gran ventaja frente a todos aquellos competidores que se animen más tarde.

La nueva Coca-Cola "light" sin cafeína reforzará el mercado de los productos "light", o eso es al menos lo que prevén sus promotores, los cuales creen que no se producirá una "canibalización"<sup>56</sup> de la Coca-Cola "light", sino que robará cuota de otros productos como zumos, que controlan el 26,4% del mercado total de bebidas, ya que al igual que estos, se venderá en el canal de distribución y de alimentación. Además la Coca-Cola "light" sin cafeína, no está dirigida a mezclarse con otros líquidos, como ocurre con la tradicional Coca-Cola y tampoco se venderá en máquinas.

En 1997, fecha de su lanzamiento en Francia, los franceses se bebieron en Coca-Cola "light" sin cafeína el 20% de lo que vende Coca-Cola "light" en Francia. Asistimos a las nuevas opciones dentro del mercado de los "light" para diversificar riesgos y ampliar consumos.

Lo mismo sucede con las cervezas sin alcohol, cuyo público son mujeres de veinticinco a cuarenta años y cuyo mercado creció en los primeros años de su aparición un 80% para estabilizar su crecimiento en un 20% anual, con fuertes inversiones publicitarias como el caso del **Aguila** con más de doscientos millones. (El Mundo. 1998)

<sup>55</sup> A título de curiosidad diremos que existe más cafeína en una taza de café que en un litro de Coca-Cola.

La conclusión más importante de todo lo que hemos expuesto anteriormente es que la diversificación de los productos dentro de la propia empresa, se encamina por el área de lo dietético, debido a la evolución de motivaciones de la población y al descubrimiento de nuevos nichos de mercado, que este cambio de valores ha originado en la sociedad.

- **Los productos "milagrosos":** existen por tanto además de los alimentos ligeros, una serie de productos llamados "milagrosos," cuyo efecto en la mayoría de los casos es ninguno.

Entre ellos están:

⇒ **El Agua Imantada:** el agua no se puede magnetizar ni imantar. Por ello la que pasa a través de un magnetizador es la misma antes que después.

⇒ **Los productos sustitutivos de comidas**<sup>57</sup>, como son barritas de chocolate, batidos, galletas, apoyados a veces por potentes campañas de publicidad y en algunos casos por personajes famosos, como era el caso de Concha Cuetos en las campañas de Biomanán hace ya algunos años. Mucho antes, ya en los años sesenta, aparecía un producto llamado *Mintivín*, antecesor de los actuales batidos, que eran toda una revolución en esta época donde la preocupación por el sobrepeso ya era realidad aunque incipientemente, y cuyas excelencias se pregonaban en las revistas femeninas. En SEMANA, (1961), aparece un artículo en el que más que informar se instruye al lector a cerca de la necesidad del adelgazamiento y de cuales son las ventajas de este preparado para la salud.

*"Es por esto que preparados como el Mintivín son una verdadera solución y nadie que los necesite debe dejar de decidirse a utilizar este arma tan eficaz(...) la avalan millares de personas que en todo el mundo, han conseguido dominar la tiranía de un peso excesivo gracias al régimen Mintivín" (SEMANA, 1961)*

<sup>56</sup> Este término se utiliza para determinar como al crear un nuevo producto dentro de la misma empresa, este debe estar lo suficientemente bien pensado como para que no aumente sus ventas en función del descenso de otro producto de la empresa.

<sup>57</sup> En cuanto a los productos sustitutivos de comidas serán tratados indirectamente al hablar de la legislación existente respecto de los mismos.

Esta tiranía de la que curiosamente se hablaba con tanta exigencia en 1961, es la que hoy en día, guiados seguramente por motivaciones de naturaleza diferente a los años sesenta en sus comienzos, ha hecho reaparecer el mercado de estos productos que ejercen un poder de consumo muy fuerte entre las consumidoras, principalmente debido a su succulenta presentación bajo formas de chocolate, que a la vez reducen la ansiedad de comer estos alimentos.

Estos productos que se expenden en farmacias van dirigidos a mujeres de más de dieciocho años que quieren adelgazar y a hombres que prefieren mantener su peso y se encuentran entre treinta y cuarenta y cinco años, la proporción es de 80% a 20% respectivamente, estos productos se esconden bajo la imagen lavada de empresas multinacionales que muestran toda garantía al consumo, incluso incluyendo un teléfono de atención personal que recibe una media de ochocientas llamadas mensuales.(OCU, 1993)

#### **V.2.1.3.1. Los productos farmacéuticos**

El sobrepeso es demasiado importante como para no afrontar el problema con la ciencia en la mano, en lugar de con el folklorismo con el que se ha estado combatiendo en muchas ocasiones, de ello es consciente la industria farmacéutica, que está apostando fuerte en la investigación de fármacos que interaccionen en la biología de los factores que influyen en la obesidad.

Dentro de los productos adelgazantes, el caso más grave de abuso de los mismos sin control es el de las pastillas adelgazantes. Al tiempo que nuevos medicamentos para este efecto se ponen en el mercado, se descubre que existen sustancias contenidas en ellos y que producen lesiones severas para la salud. Estos medicamentos se pueden dividir en dos grupos, el de las anfetaminas y los que contienen fenfluramina<sup>58</sup>.

El obeso tiene que consumir el producto farmacéutico en cada comida, dentro siempre del marco de un régimen con pocas calorías, pero aún así la diferencia

<sup>58</sup> Ambas son drogas estimulantes del cerebro, que se dirigen al centro regulador del apetito en el hipotálamo y hacen disminuir la sensación de hambre. Alguno de los productos que más expectación ha generado en los últimos años es el ORLISTAT, la tetrahidroliptastina (nombre químico del Orlistat) es un medicamento investigado por los laboratorios Hofmann La Roche, que dificulta la absorción de grasas en el intestino delgado. Estos productos se crean para ser "blockbuster" en ventas. Los laboratorios farmacéuticos denominan así a los medicamentos cuya venta es capaz de alcanzar los mil millones de dólares al año. (J.L. de la Serna. 1996)

conseguida en la bajada de peso, a medio y largo plazo, entre obesos que consumen algunos de estos productos en los experimentos realizados y los que, formando grupos control, han tomado solamente placebo, es discreta y tiene una significación estadística débil, de tal forma que si, por ejemplo, una persona de cien kilos de peso logra al cabo de varios meses, con dieta suave y ejercicio, reducir en cinco kilos su peso, los que tomaron productos, vieron bajar la báscula sólo tres kilos más, es decir ocho. Algunas de estas sustancias no se absorbe nunca y no tiene, por tanto, los efectos secundarios de los productos que actúan a nivel del sistema nervioso central regulando el apetito. El problema de estos medicamentos es que cuanto mejor actúen, más molestias puede provocar. Al fin y al cabo, el éxito de algunos se basa en su capacidad para generar mala absorción intestinal de grasa y esta siempre lleva aparejada, otras molestias, además de otras carencias como la mala absorción de vitaminas liposolubles.

Otros grupos de sustancias, además actúan como inhibidor del deseo de azúcares y de picar entre comidas, de hecho, esto es lo que ha pasado con la llegada al mercado estadounidense de inhibidores del apetito para el tratamiento de la obesidad, que se ha convertido en un fenómeno social. Estos fármacos actúan en el sistema nervioso central regulando los niveles de serotonina, uno de los más importantes neurotransmisores o transmisores de impulsos nerviosos del cerebro conocidos, relacionado con la sensación de saciedad tras haber comido. Algunos fármacos disminuyen de una forma marcada el apetito y ayudan a los obesos a mantener las dietas más estrictas aunque no están exentos de efectos secundarios, algunos de ellos graves<sup>59</sup>. (J. L de la Serna, 1996)

La anfetamina también produce efectos secundarios, están contraindicadas para multitud de personas y producen, elevada presión arterial, la elevación de temperatura corporal, nerviosismo, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de la memoria. Su principal problema es que no cambian los hábitos alimentarios y por tanto el peso se recupera después del tratamiento.

Varios fármacos se clasifican específicamente como anorexígenos, o sustancias que suprimen el apetito. Se recetan para el tratamiento de la obesidad y, como las anfetaminas, estimulan el sistema nervioso central. Los anorexígenos son

<sup>59</sup> Un reciente trabajo relacionaba a la fenfluramina con la hipertensión pulmonar primaria -una patología casi siempre mortal-. Además de los problemas que el fármaco causa en el árbol arterial pulmonar, los expertos, alertan sobre la posibilidad de que la sobredosis de fenfluramina llegue a causar daño neuronal irreversible. El exceso de actividad de las neuronas productoras de serotonina las destruye.

susceptibles de un consumo abusivo y pueden derivar en dependencia. Los efectos de la sobredosis son similares a los de las anfetaminas.

Otras sustancias que algunos dramáticamente se deciden a ingerir, sobre todo hombres, es el mercado de anabolizantes que pasó del campo de los deportes de competición, a la esfera de los gimnasios masculinos con consecuencias muy graves para la salud y con un historial de efectos secundarios y muertes súbitas a sus espaldas. Los anabolizantes se relacionan con el deseo de desarrollar la musculatura más que con la pérdida de peso pero que debido a su relación con el culto al cuerpo, forman parte del llamado "marketing adelgazante".

Son muchos los caminos por los que se puede tener información de la existencia de productos o tratamientos que tienen la virtud de adelgazar, aumentar o reafirmar alguna parte del cuerpo. En general siempre se debería desconfiar de ellos a pesar de que a veces se nos diga que: ¡Lo cura todo!, Que ¡no tiene efectos secundarios!, Que ¡no precisa visita médica!, porque en realidad pueden ser sustancias perjudiciales.

En realidad quienes desean bajar de peso deberían modificar hábitos de comida y hacer deporte. A veces la comida produce una satisfacción insustituible para algunas personas, las cuales deberían vivir su gordura sin complejos antes que adelgazar a tan alto precio, mientras la salud se lo permita.

#### **V.2.1.4. TECNICAS QUIRÚRGICAS**

La cirugía estética<sup>60</sup> es donde hoy parecen haber encontrado un filón las clínicas de belleza que como dice un anuncio: "Descubrimos el cuerpo perfecto que hay en ti". Como si lo que nos hace presentarnos defectuosos ante los demás y ante nosotros, fuera algo postizo e infiltrado y alojado sin permiso en los cuerpos de las mujeres y que por tanto hay que eliminarlo para sacar el "cuerpo danone" que tenemos dentro. A propósito de este último comentario J.Toro, muy elocuentemente en 1996 expone como luchamos por alcanzar un "cuerpo danone", pero con cerebro de "petit suisse".

<sup>60</sup> Además de esta existen otras técnicas de dudoso resultado que son las basadas en la mesoterapia donde se inyectan sustancias intravenosas para adelgazar en las zonas afectadas y que dejaron múltiples secuelas a los ingenuos que las probaron.



Las liposucciones estiramiento, rinoplastias, mamoplastias... deben ofrecer garantías de seguridad para aquellos que las suscriban y por aquellos que las realicen, son muchas las noticias de personas que han quedado deformadas o incluso muertas por este motivo, ser cirujano plástico conlleva una larga carrera que entre la licenciatura la especialidad y el periodo de prácticas suponen diecisiete años de entrenamiento antes de poder ejercer (Cuerpo y Belleza, 1998) por lo que nadie se puede aventurar a constituirse como cirujano y recoger las ilusiones de personas que se dejan el dinero e incluso la piel en sus manos. En España hasta 1996 existían cuatrocientos setenta y siete especialistas cuya oferta era imposible de absorber. La Sociedad Española de Cirugía Estética puso en 1995 un teléfono de control de la actividad en el cual se recibían entre cuarenta y cincuenta llamadas diarias y donde se recogían testimonios desgarradores que en muchos casos hicieron cerrar obligadamente a algunas clínicas que no cumplían con las mínimas garantías y que fueron puestas de manifiesto por el Consejo General de Médicos de España.

Independientemente de lo peligroso que pueda ser ponerse bajo la luz de un quirófano para mejorarse, la oferta es tan variada y las posibilidades estéticas son tantas que las soluciones a los cuerpos perfectos están al alcance de casi todos, no sólo en lo que compete a la solución de problemas de obesidad, sino en lo que se refiere a la estética del rostro, el busto, y a los retoques más insospechados como el maquillaje permanente, pasando por la estética dental y corrección de defectos ópticos, que como podemos suponer siguen de lejos a las grandes operaciones de los populares maniáticos de la cirugía.

### **V.2.2.PRODUCTOS DE ACTUACIÓN INDIRECTA EN EL CUERPO**

Habíamos dicho, que **las revistas y libros** dedicados al culto del cuerpo podían haberse considerado como elementos o productos adelgazantes que dentro del mercado del adelgazamiento también habían alcanzado cifras desorbitadas de volumen de mercado. Por ejemplo en Gran Bretaña durante 1994, se vendieron dieciséis mil ejemplares semanales de libros dedicados a regímenes alimentarios, J.Toro (1996).

Chernim en (1982) publicó, datos de EEUU referidos a este mercado donde se alcanzaron las veinticinco reimpresiones de un libro llamado *Reduce with the low*

*calorie diet* o cinco millones de *The cheater's diet*, al igual que tres millones de *Dr. Atkins diet revolution*.

También hemos hablado de las **dietas**, que podíamos considerar como otro producto adelgazante. Dietas famosas y no menos absurdas como las monoalimentarias o dietas "comegrasas", como la dieta del limón, la del pomelo, otras como la del melocotón en almíbar o la de la manzana, basadas en la ingesta únicamente de estos productos.

Otras son por ejemplo la de Rafaela Carrá, donde se podía comer de todo hasta las cinco de la tarde. La dieta Atkins o la del doctor Bogas que comercializaba unas pastillas de dudosa fórmula que suponían un riesgo para la salud no anunciado y que a simple vista parecían naturales, hizo que trescientas mil personas ingirieran sustancias peligrosas para su salud.

Por otro lado las dietas cuanto más revestidas de aparatosidad científica más exitosas y novedosas para el público, como el caso de la dieta del doctor Berger (M. Alemany, 1995) la cual partía de un test citotóxico e inmunológico para determinar las alergias del organismo y destoxificar el mismo. El test costaba unas setenta mil pesetas y los resultados se demostraron a través de su propio precursor el cual adelgazó de ciento noventa a noventa y cinco kilos, para morir en soledad pesando ciento sesenta y cinco kilos nuevamente, adicto a la cocaína y con trastornos cardiovasculares.

Otros elementos indirectamente relacionados con el cuidado del cuerpo es el sector del pesaje dentro y fuera de la división farmacia, el "vending"<sup>61</sup> está teniendo en los últimos cinco años un despegue espectacular, debido a factores como la relación directa que tiene el peso en la salud de las personas, la moda de las dietas, la necesidad de estar en forma y el "culto al cuerpo". Otros puntos a tener en cuenta son la modernización de las oficinas de farmacia, la necesidad de dar cada vez más servicio y la rentabilidad que ofrecen las máquinas, siendo una inversión amortizable en poco tiempo. Las máquinas además de pesar miden imprimen, memorizan, y sirven de medio publicitario, disponiendo además de atractivos diseños y ofreciendo desde la oferta la mejor relación calidad-precio.

**CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD**

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

**V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES**

V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN

V.4 LA PUBLICIDAD

V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

El negocio si es rentable, esperemos que el control de las autoridades también lo sea, tanto para controlar este "mercadillo de adelgazamiento" como para regular los nuevos que vayan saliendo, entre ellos las últimas investigaciones dirigidas a las pastillas contra la obesidad, si realmente se consigue descubrirla habrá que cuidar el desenlace de la comercialización y distribución para que no ocurran excesos, que alarmen aun más el panorama ante el crecimiento imparable de enfermos cada vez más jóvenes de TCA.

---

<sup>61</sup> Esta es una técnica de distribución de marketing por medio de la cual se autodistribuyen los productos y que sirven secundariamente como elemento de comunicación para el público, por ejemplo las máquinas expendedoras de productos (tabaco y refrescos...) o servicios como es el caso de los pesos de las farmacias.

## V.3. UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN

Es el momento de abordar el elemento distribución dentro de las variables del MARKETING. No tiene sentido hacer un estudio exhaustivo al respecto de la distribución física de estos productos porque no nos aportaría novedad, pero sí que haremos una referencia a la importancia del nuevo vehículo de comercialización que está apareciendo: INTERNET.

Internet, se ha convertido en poco tiempo, no sólo en una fuente de información, sino en una red de comercialización de productos de todo tipo, alimenticios, discográficos, pornográficos. Por otra parte se ha convertido igualmente en un medio publicitario y de adquisición de productos, sin límites, de fácil acceso especialmente para los jóvenes.

Hemos querido destacar este medio, entre otras razones por su peligrosidad en el tema del adelgazamiento, ya que está al alcance de un público objetivo eminentemente joven y por la falta de regulación existente al respecto, que elabora un campo de cultivo propicio al engaño y al fraude.

A continuación presentamos algunos de estos productos y los argumentos que utilizan para llamar la atención de los consumidores, pero basta dar un paseo por la red, para descubrir dicha información sobre productos que se comercializan, para el adelgazamiento y el cuidado corporal.

Vamos a empezar refiriendo algunos de los argumentos que se usan en esta publicidad. Destacaremos, como estos no se diferencian de los argumentos de las revistas o de la televisión, el lenguaje es idéntico y las promesas si cabe son aun más prometedoras debido a que en este medio el control es mucho menor que en la prensa y la televisión. Ahí radica fundamentalmente el miedo y el engaño posible al que las mujeres y los hombres pueden verse sometidos.

En general los argumentos que referimos en primer lugar, pertenecen a productos de estética y están relacionados con el cuidado de la piel, incluyendo anticelulíticos, antiarrugas, reafirmantes, etc.

Sin hablar de marcas, reproducimos algunas de sus razones de venta, siendo nuestro único interés la reflexión sobre el alcance de los mismos en la población y la numerosa proliferación de ellos:

***"Su efectividad en la lucha contra la celulitis es espectacular: en 60 días, el 86% de las mujeres tratadas perdieron entre 1,5 y 6 cm. En la cintura, el 78% entre 1,5 y 7 cm en las caderas y el 76% de 0,6 a 4 cm en los muslos. Los resultados hablan por sí solos".***

***"Esta cura intensiva de 20 días, aconsejable 4 veces al año, reafirma y remodela los senos flácidos. Revitaliza y rejuvenece el pecho con total seguridad y no deja ninguna mancha. Es perfecta si te has puesto a dieta o estás embarazada".***

***"Proporciona resultados visibles. Hay que utilizarlo durante un mes seguido y los últimos 8 días de cada ciclo menstrual. ¿En qué se nota su aplicación? Reduce grasas, impide la aparición de otras nuevas y activa la circulación sanguínea, evitando así la aparición de celulitis".***<sup>62</sup>

Una vez que hemos ejemplificado las herramientas del lenguaje publicitario en este primera reflexión previa, hemos de decir que en esta publicidad se corre el riesgo de las falsas promesas, estamos inmersos en una serie de anuncios sometidos a un control menos riguroso que el resto y que presenta un campo desconocido para las autoridades de control y justicia, incluso es un campo vedado para el acceso de muchos, pero con diferencias notables frente a la exposición de otros medios, entre otras razones por el poderoso alcance que puede tener en lo que a difusión se refiere. En Internet, el consumidor está solo en su tarea de decisión de compra, delante del ordenador en un ambiente propicio a la lectura y en el cual el sujeto visitante está receptivo a las informaciones que se le presentan y que ve aunque no quiera. Si ya era achacable a los jóvenes el hecho de vivir aislados de la opinión guiada de sus padres que no seleccionaban ni orientaban los contenidos que leían o veían sus hijos, de la misma manera, delante del ordenador los progenitores no avisan ante la imprudencia de ciertos contenidos. Percatándose de esta evolución del comercio en Internet, la AAP (Asociación de Autocontrol de la Publicidad) aprobó el 14 de abril de 1999, el Código Ético sobre publicidad en Internet, con ello pretende fomentar la confianza del público en Internet y el respeto a la competencia leal. Por la vertiginosa evolución de este medio, la

<sup>62</sup> Todos estos argumentos están cogidos de [http:// WWW.campesa.es](http://WWW.campesa.es)

asociación establece que las normas sean revisadas periódicamente con el fin de garantizar su vigencia.

En la actualidad son muchos los elementos y barreras de acceso para los sujetos a las páginas llamémoslas "peligrosas", pero en lo que al adelgazamiento se refiere, basta con dar una vuelta por algún navegador para darse cuenta de la importancia que este nuevo canal está teniendo en el mercado adelgazante, de hecho y la primera resolución tomada por AAP (Asociación de Autocontrol de la Publicidad) sobre las imprudencias cometidas en Internet, se refiere a un anuncio de publicidad adelgazante. La empresa productora es Publipunto, S.L. la cual comercializó un producto llamado *New Garcinia Cambogia*, este es un producto anorexígeno, que ayuda a eliminar las grasas y a quitar la sensación de hambre, basado en una extraña sustancia, que viene de la piel de un fruto. El producto aparecía avalado por investigaciones y testimonios de especialistas. El jurado resolvió que se trataba de una campaña ilícita, que faltaba a los principios de legalidad y veracidad del Código General de Conducta en sus artículos 2 y 14, este último relata *que "la publicidad no deberá ser engañosa. Se entiende por publicidad engañosa aquella que de cualquier manera, incluida su presentación, o en razón de la inexactitud de los datos sustanciales contenidos en ella, o por su ambigüedad, omisión u otras circunstancias induce a error a sus destinatarios"* también falta al artículo 3 del Código de Publicidad en Internet *"la publicidad en Internet deberá ser conforme a la ley aplicable, decente, honesta y veraz"*. Bajo estos preceptos se instó a Publipunto al cese definitivo de la campaña.

Como podemos observar esta resolución es fundamental porque es la primera y única hasta la fecha que se ha llevado a cabo por una campaña en Internet, y sobre la cual se ha aplicado por primera vez un precepto del Código de Publicidad en Internet aprobado el 14 de abril de 1999.

A continuación presentamos algunos otros ejemplos concretos de productos directamente relacionados con la pérdida de peso y que son de lo más variopinto, y aparecen en las formas más originales de presentación al consumidor, ninguno de estos han sido objeto de resolución por ningún organismo.

El primero es un producto para adelgazar presentado en una gama de formas variadas, que se llama **A PLUS**, y cuyo texto de la página reproducimos a continuación.

## ANUNCIO 1

*"Ahora adelgazar FACILMENTE es lo más NATURAL. Tan NATURAL como querer ADELGAZAR"*

**A PLUS se ha desarrollado especialmente para ayudarte a controlar el sobrepeso y estilizar tu figura de manera fácil y natural. Cualquiera de sus presentaciones te permitiría obtener resultados sorprendentes.**

### **GOTAS 1A**

*Tomar en ayunas y al acostarse 30 gotas en agua tibia, exclusivo para personas mayores de 50 años o menores que sufran de gastritis o hipertensas.*

### **TABLETAS PLUS 1A**

*Tomar 2 tabletas en ayunas con agua tibia.*

### **ACEITE DE NARANJA 1A**

*Usando este aceite usted puede conseguir unos resultados espectaculares masajeando suavemente*

*Esas áreas con celulitis, flácidas y con exceso de grasa.*

### **GEL REDUCTOR 1A**

*Se aplica donde queramos reafirmar tejidos y eliminar grasa. Se puede usar con vendas o papel plástico transparente y cuando se haga ejercicio.*

### **ANTICELULITICO 1A**

*Excelente quemador de grasa localizada ( celulitis ) este producto esta indicado para todas las edades y puede ingerirse con las gotas y las tabletas.*

### **CREMA PARA MASAJES CORPORALES**

*Esta crema además de acondicionar la piel, es un quemador de grasa localizada y un reafirmante de los tejidos y su efectividad es notoria."*

Como hemos observado a simple vista se trata de un producto a medio camino entre los productos adelgazantes ingeridos como fármacos y no ingeridos o sea cosméticos activos ya que se suponen que actúan beneficiosamente sobre la piel. En su

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES

**V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN**

V.4 LA PUBLICIDAD

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA. PANORAMA ACTUAL.

presentación, los textos y argumentos, así como la falta de información a cerca de las contraindicaciones (exceptuando un pequeño aviso para los enfermos de gastritis e hipertensos) y los resultados, los cuales no deben anticiparse, ponen en guardia ante la posible decepción del consumidor que lo use.

El segundo producto a presentar se trata de una prenda catalogada como un aparato pasivo, que actúa sobre el cuerpo pero no es ingerido ni absorbido, está dentro de lo que llamamos prendas adelgazantes. Se trata de las tradicionales fajas de nuestras madres, que como el producto anterior, hacen dudar de su efectividad y que a pesar de la escasa novedad del producto, la información amplia y la presentación nos dan la idea de algo más espectacular de lo que en realidad es inservible. Una muestra de producto similar habíamos analizado ya como pionera en los años sesenta de prendas adelgazantes pasivas, de equivalente y no menos dudosa eficacia que ésta. (ver SEMANA, 1961)



**ANUNCIO 2****" FAJAS-PANTALONES ADELGAZANTES ORTO-ART SERIE 2000"**

*Las prendas de calor ORTO-ART, favorecen la pérdida de peso. Gracias a su forro interior de una suave toalla hipoalérgica que ejerce un micromasaje sobre la piel, generando una capa de aire bajo la prenda, puede llevarse cada día. El efecto del calor y masaje sobre su línea se hace notorio a los pocos días con reducción de volumen sin darse cuenta.*

**REF.2125 FAJA ADELGAZANTE**

*Proporciona calor y sujeción. Efectiva para reducir cintura y más cuando se practica algún tipo de deporte.*

*Tallas: XSmall, Small, Medium, Large.*

**REF.2162 PANTALON ADELGAZANTE.**

*Proporciona calor y sujeción. Por sudoración y compresión adelgaza cintura, cadera y muslos.*

*Tallas: XSmall, Small, Medium, Large.*

**REF.2163 PANTALON FAJA ADELGAZANTE**

*Por sudoración y compresión adelgaza vientre, cintura, cadera y muslos.*

*Tallas: XSmall, Small, Medium, Large.*

**TALLAS FAJAS Y PANTALONES ADELGAZANTES NEOPRENO ORTO****ART 2000**

ARTICUL.	S/1	S/2	S/3	S/4	TOMA MEDIDAS
<b>FAJAS</b>	Min.75cm Max.85.	Min.85 Max.95	Min.95cm. Max.110cm.	Min.110cm Max.125	PARTE SUPERIOR.CADERA.
<b>PANTALON</b>	Min.75cm Max.85.	Min.85 Max.95	Min.95cm. Max.105cm.	Min.105cm Max.115	PARTE SUPERIOR.CADERA.

Como vemos se da bastante información que pueda facilitar el pedido, pero poca referida a los principios en los que se fundamenta el remedio del adelgazamiento puesto que estos motivos y principios no existen.

El tercer producto, es un preparado de hierbas chinas, al estilo del té con supuestos efectos beneficiosos para la reducción de peso. Estaría dentro de los productos ingeridos, ya que se toma como infusión para actuar desde dentro.

### ANUNCIO 3

<b>Comercialización de Productos adelgazantes.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>XINYANG TEA: Té chino 100% natural.</b></li> <li>• <b>SAISY BRAND Té chino 100% natural.</b></li> <li>• <b>TE FRUTALES (naranja, jazmín, fresa, etc.)</b></li> <li>• <b>TE NEGRO</b></li> <li>• <b>Variedad de té para la vejiga, el riñón, estomago, gases, hígado, vesícula, páncreas, colon, circulación etc. 100% natural.</b></li> </ul>
<b>Servicios adicionales: Tratamientos por secciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masajes relajantes.</li> <li>• Masajes adelgazantes.</li> <li>• Ejercicios de relajación.</li> </ul>
<p><i>Producto 100% natural importado directamente de Shanghai - República Popular de China. Elaborado con la raíz del Xinyang, la corteza de Woolong, las hojas del Long Yin, plantas medicinales que crecen silvestres en la China y son tratadas por su beneficio adelgazante, además, sirven para regular los niveles de azúcar en la sangre, nivela la presión arterial (hipo o hipertensión), regula el colesterol, los triglicéridos, sirve para el insomnio, cansancio general, anemia, impotencia, estreñimiento, celulitis, no deja flacidez, gastritis y úlceras, limpia el hígado, ayuda al sistema nervioso, a la artritis, reumatismo, envejecimiento prematuro, preserva la salud y la juventud.</i></p> <p><i>El Té Chino XinYang es una bebida natural adelgazante considerada durante milenios en el lejano oriente como el verdadero "elixir de la vida", actúa disolviendo las acumulaciones de grasa y agua localizadas en el abdomen, cintura, papada y caderas, drenándolas fuera del cuerpo a través de la orina y el sudor e impidiendo que se vuelvan a formar. No tiene contraindicaciones médicas, ni produce efectos secundarios, por los nutrientes, vitaminas que tiene el Té Chino XinYang, no deja flacidez ni la piel suelta. El cuerpo queda completamente firme.</i></p> <p><i>Formas de Prepararlo: caliente, helado, en leche.</i>  <i>Debe tomarse 1 bolsita de té diaria después del almuerzo o la comida a cualquier hora.</i></p>

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES

**V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN**

V.4 LA PUBLICIDAD

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

En este caso la información a propósito de la naturaleza del producto es más clara y extensa, llamando la atención que las supuestas hierbas no-solo adelgazan sino que parece que son el elixir de la eterna juventud, o la panacea farmacológica, puesto que lo cura supuestamente todo.

No es necesario más comentario al respecto, puesto que a poco criterio que se tenga, uno percibe los límites de estos productos y es capaz de descubrir detrás de ellos que el interés es meramente comercial incluso a riesgo de la salud o en el mejor de los casos y como parece aquí a riesgo de ser absolutamente inservibles.

Con estas actividades se juega con la reputación del marketing y de la publicidad, que no encuentra límites legales para coordinarse correctamente y que responde a las prácticas del "marketing salvaje" porque no respeta las leyes de la oferta y la demanda aprovechando las utilidades de la distribución en nuevos soportes como medios de venta y canales de comercialización. (J.J.Lambin,1996)

## V.4. LA PUBLICIDAD

Teóricamente la cuarta "p" del marketing es la PROMOCION en sentido literal, pero nosotros vamos a interpretar que la cuarta herramienta es la COMUNICACIÓN en general a través de todos los medios al alcance, entre ellos la publicidad de la que hablaremos, aunque en algún momento nos refiramos a contenidos de comunicación global donde la publicidad está incluida.

### V.4.1. LA ILUSIÓN PUBLICITARIA

*“No se es más de lo que se parece que se es. El mundo de la publicidad nos transmite este valor a cada minuto por todos los medios posibles” A. de Miguel (1997)*

Como era de esperar tenía que llegar el momento de analizar y ejemplificar cual negativa es la imagen de la publicidad en nuestra sociedad, como ya hemos dicho en otros momentos, la publicidad se considera para muchos como la causante de todos los males de la sociedad, es la víctima que da la cara ante una sociedad ausente de valores morales o interiores. Muchos son los detractores y así recogeremos algunos de los comentarios negativos al respecto, pero sería conveniente caer en la cuenta de la necesidad de investigar cual es la fuerza de esta manifestación social antes de lanzarse a la alegre aventura de buscar culpables en la publicidad, para enfermedades como los TCA.

Según Pérez Tornero (1992), la publicidad junto con la moda, son las poderosas fuerzas de propagación del universo consumista. La necesidad de encontrar una propia identidad, obliga a los jóvenes a buscar patrones de referencia, que normalmente encuentran en las manifestaciones sociales de nuestra cultura occidental y entre ellas, la publicidad. Hoy en día los jóvenes lo tienen más difícil para encontrar su identidad, entre otras cosas, porque en muchos casos no superan ver la diferencia entre un cuerpo atractivo pero imperfecto y un cuerpo escultural como los de los anuncios o la moda, todo esto unido a los mensajes comerciales persistentes que dicen que la grasa es fea, porque la sociedad piensa así, que lo extremadamente delgado es lo saludable para triunfar en el sexo y en la profesión porque los contratadores así lo exigen, provoca un conflicto.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

Las agencias de publicidad, delimitan su público objetivo, al que se dirigen efectivamente con la publicidad, la delimitación del público no es arbitraria sino que está estudiada a partir de un cúmulo de elementos sociodemográficos así como de intereses y aspiraciones del conjunto social, insistiendo en esta afirmación, que luego comentaremos, reproducimos lo siguiente.

*“La población de riesgo es definida, con otros términos, por las agencias de publicidad y hacia ella cada primavera y verano es dirigido un insistente para consumir adelgazamiento, primero como señala Toro, dando motivaciones de salud y los últimos años centradas exclusivamente en la estética. Para nosotros como clínicos, la población de riesgo de enfermar está entre un 10 a 15 % de las adolescentes y un porcentaje mucho menor de hombres, según lo que hemos estudiado en colegios de Madrid, cifra importante pero inferior a la esperada en países anglosajones y nórdicos. En Madrid calculamos que en cada primavera, cientos de miles de personas, especialmente chicas, deciden ponerse a dieta para adelgazar, una parte significativa conseguirá sus objetivos, reduciendo un par de kilos, una pequeña proporción enfermará y acudirán a nuestra consulta en otoño o al inicio del invierno”. (G. Morandé, 1990)*

Por una parte no podemos considerar que la publicidad al ser capaz de seleccionar a sus públicos, pueda a su vez influir sobre aquellos adolescentes proclives a un TCA, hasta el punto de generar en ellos una enfermedad, porque no todos los expuestos enfermarán y no todos los enfermos han sido elegidos como público objetivo, por lo que volvemos a la teoría mantenida en nuestro modelo (ver capítulo III) sobre la influencia multifactorial en las causas de los TCA. Por otra parte nos referimos al estudio realizado J.Toro en 1985, con el propósito de descubrir los hábitos de consumo de adelgazamiento en las revistas del sector femenino y donde se hace constar que cada vez las motivaciones estéticas priman sobre la salud. (ver Toro y cols. 1985). La misma percepción aparece en M.Aleman(1995) respecto al desplazamiento de las razones de salud en relación con el adelgazamiento, a las razones estéticas. Cuando un adolescente mira la publicidad partiendo de la base de su inconformidad consigo mismo, lo primero que ve son los cuerpos esculturales como un triunfo y nos interesan aunque sea sólo fugazmente porque resultan inalcanzables, es necesario acotar que realmente el deseo de ser perfectos como las modelos publicitarias, es una cuestión de

razonamiento hasta llegar a la conclusión de que la mayoría, no todos, de los cuerpos y rostros perfectos están trucados por el efecto de la imagen y del maquillaje y que fuera de los focos y la farándula publicitaria estas chicas esculturales son en muchos casos normales, pero se embellecen porque la publicidad es un arte de la estética, aunque por ello no deba faltar a la ética.

A. de Miguel manifiesta a propósito de esto que,

*“Las explicaciones que da la ubicua publicidad, los medios de comunicación realmente masivos glorifican los cuerpos jóvenes, saludables, hermosos. La comparación implícita de esos modelos y la realidad corporal de cada uno lleva a una sensación pesimista de “privación relativa ” (A. de Miguel, 1997)*

Es de destacar que dentro de la normalidad de la juventud, estas inquietudes de descubrir las propias imperfecciones es superable, pues si así no fuera todos los adolescentes serían enfermos. Es verdad, que para algunos jóvenes, especialmente sensibles en todos los aspectos, supone un esfuerzo intenso, que en muchos casos al no sentirse con fuerzas para superar esta discrepancia entre la realidad y lo ideal, le llevan a la autodestrucción. Es preocupante y por tanto lo ponemos de manifiesto, la generalizada opinión de descontento con el cuerpo de las personas, el 85% de las mujeres y el 40% de hombres. Este porcentaje aumenta notablemente en la adolescencia, aunque realmente el dato más importante es que el 90% de la población sobrestima su volumen corporal. (A. de Miguel, 1997)

Los elementos, que la publicidad utiliza, la belleza, la sensualidad, el deseo, el placer, están presentes también en otras facetas de la vida social, el problema es que este conjunto de sensaciones, arrastran una tradición de pecado que según, G. Villota(1992) expone, responde a la extirpación hebraicocristiana del cuerpo, constituido como casa de pecado. Se consiguió negar hoy en día esta afirmación, que se ha radicalizado en la cultura del llamado culto al cuerpo, que es más bien el culto a las funciones corporales, ya que el organismo parece fragmentarse y tener importancia por partes, así vemos como la mujer perfecta de la publicidad es resultado de la voz perfecta de una mujer que no oímos, el rostro perfecto de otra mujer que no vemos, el torso perfecto de otra mujer que no sentimos. Es semejante a una Venus fragmentada, concebida también como montaje de funciones corporales, que ha perdido incluso su representación como cuerpo. Cada una de esas mujeres-fragmento es la realización de

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

una función corporal que ha perdido su identidad. A lo anterior uniremos la siguiente aportación para percatarnos del error que se comete cuando se ve la publicidad como la panacea de la perfección corporal.

*“A parte de eliminar satisfacciones, quizá el precio sea el de un continuado disgusto respecto al propio cuerpo. Puesto que los años pasan inexorables, mientras que los modelos de la publicidad o de los medios de comunicación siempre se renuevan y cada vez son más irreales, asexuados, como de efebos”. A. de Miguel, (1996)*

Acotaremos que no todas estas jóvenes modelos son sólo corrientes, puede haber realmente mujeres y hombres impresionantes fuera de los spots de televisión, pero son sólo la justa proporción adecuada de guapos que debe haber en el mundo. Igual que los hay con ojos negros, azules, marrones, debe haberlos más o menos gordos y más o menos simpáticos... por qué pagar un precio tan caro por tener algunos kilos de más y pasar desapercibido si eres antipático, usurero, mal educado, pero no si tienes sobrepeso.

La publicidad es algo artificial construida para hacer llegar unos mensajes de la manera más atractiva posible, pero sin olvidar que es un vehículo de transmisión que reproduce la manera de vivir de la sociedad, y las aspiraciones y deseos de esta sociedad, de ahí que se representen mujeres casi perfectas, porque este es el ideal que prima en nuestra mente, pero obviamente sin perder el horizonte de que realmente lo que se presenta intenta responder como ya hemos dicho a una idea y que como expone A. de Miguel (1997)

*“La sociedad no puede ser un casting para un desfile de modas, un anuncio publicitario, o si lo es hay que contar con grandes dosis de sufrimiento añadido, de atrición gratuita”.*

Como no sería lógico pensar de esta manera tenemos que luchar por intentar hacer prevalecer otros valores que no se centren sólo en la apariencia, que no se empeñen en modificar la identidad personal y no dar a la publicidad un poder gratuito que no tiene fuera de su entorno de actividad de comunicación en la sociedad.

## **V.4.2. LA CREACIÓN DE NECESIDADES**

Hablar de publicidad sin hacer eco del tan traído y llevado debate a propósito de la creación de necesidades sería quedarse incompletos. Someramente y sin que este sea el objeto fundamental que tratamos, es necesario que hagamos algunas consideraciones al respecto.

La publicidad ha nacido en lo que algunos autores han denominado la sociedad de la opulencia, donde unos escasean y otros se mantienen opulentamente en la euforia del consumo. En ella se da lo que se denomina la seducción de la opulencia a través de la creación para algunos de falsas necesidades y una maquinaria de mixtificación. Los medios de comunicación de masas serán los que imponen este imperativo de consumo a través de la publicidad, la moda; creando una atracción fatal entre el sujeto y el objeto.

Realmente el debate planteado anteriormente tendrá detractores y seguidores, pero en cualquier caso no olvidemos que la publicidad está imbuida de un carácter abstracto cuyo objeto se materializa en cargar de significación a los productos, de manera que el producto puede incluso llegar a perder su esencia en pro de su significado adquirido. Esta publicidad, como una actividad comercial, ha nacido como fruto de una sociedad de consumo donde el objeto del bienestar es su máxima expresión, por lo que se valoran los elementos hedonistas y narcisistas de la persona y donde la ansiedad por el éxito, la competitividad, se alzan soberanos ante promesas maravillosas de productos que intentan paliar de alguna manera esta escalada personal de cada uno, atendiendo a las necesidades propias y ajenas.

La juventud es la que más pronto se impregna de los nuevos valores imperantes ante la producción y se revela más abiertamente para pasar al primer plano de la escena social. En este primer plano la apariencia y la imagen personal obtienen mayor preponderancia frente a valores como la utilidad y la autenticidad. El consumismo es necesario para la realización personal, porque las formas de satisfacer dicha realización se consiguen a través de la capacidad de responder a las exigencias de todas las esferas sociales, laboral, amorosa, personal. En cualquier caso esto es posible por la cultura actual del tiempo libre, a través de la cual el sujeto busca sus



satisfacciones personales, aquellas que no encuentra en su lugar de trabajo, por ejemplo en la práctica de sus entretenimientos.

En general, antes de pasar a describir las distintas posturas lo que es claro es que según Pérez Tornero (1992)

*"Tanto la sociedad de consumo en general, como también algunas de sus manifestaciones específicas más vistosas- la publicidad y la moda- parecen haber generado, en este último siglo, una fuerte oposición y muchas posturas críticas, ya sea en el ámbito económico como en el cultural"*

\* Volvemos al eterno debate que mantenemos de **consagrar a los medios y sus manifestaciones como detonantes de los males sociales**. Los que lo apoyan, dicen que la cultura de masas genera sujetos a los que se les crean necesidades que satisfacen a través del consumo heterodirigido, unas aspiraciones espirituales y materiales, a través de la manipulación y el engaño de las falsas promesas.

\* Los que rebaten el argumento, dicen que la demanda, en una economía de mercado es artificial, arbitraria y regida por la cultura, donde la teoría de las falsas necesidades es indemostrable y utópica, y donde el consumo es una simple manifestación de la psicología humana que aporta una seguridad cultural y social de la que el hombre no puede evadirse porque forma parte del esquema social, en el que el ser es ante todo un "homo rationalis", que no está a la merced de los influjos poderosos de la publicidad y de la moda, sino que se permite la atención y el interés por unas determinadas cosas y no por otras y que sabe satisfacer sus necesidades primarias de manera suficiente para poder elevarse en la pirámide de las necesidades, hasta necesidades de seguridad y prestigio, que como decía Maslow, no es posible saltar de un umbral inferior a otro superior sin satisfacer el anterior convenientemente.

\* Otro punto de discrepancia está en torno a la **homogeneización de los productos, productos similares que son criticados porque parecen alienar al hombre** y excitar un conformismo social aberrante, en el cual las elecciones son múltiples y las variaciones pocas, parece que todo está inventado y lo no inventado se inventará también con el objeto de generar consumo e ideas comercializables para generar negocio y beneficios a los capitalistas.

\* Los defensores ven a la publicidad como una ayudante de la satisfacción de antiguas necesidades de formas diferentes y adaptadas a los nuevos tiempos, y así acelerar el ciclo de consumo natural. En general los productos son homogéneos idénticos e indiferenciables salvo por la marca, la cual satisface las necesidades de prestigio de los consumidores, para lo cual no es indispensable dejar de consumir otros productos. De estos defensores de los nuevos consumidores alejados del perro de Pavlov<sup>63</sup>, el consumidor es un ser interviniente en los procesos y no mero conductor de estímulos y respuestas. Dichter en los años cincuenta ya planteó la nueva manera de ver al consumidor y a la publicidad como nada omnipotente a la hora de crear necesidades para ese nuevo consumidor.

\* Los que atacan piensan que los **objetos se cargan de un poder que no tienen realmente**, como generadores de sentimientos y sensaciones imposibles de añadir a los objetos pero que se hacen indispensables para elevarse a nuevos contextos de linaje y prestigio. Siendo imposible caminar sin la presión del objeto a nuestras espaldas para conseguir otras aspiraciones nuevas.

\* Los defensores se niegan a añadir un significado puramente utilitario a los objetos, por el contrario son un signo visible de identificación social para las masas, que por otra parte consideran que están mal definidas por los atacantes, puesto que se consideran sujetos sin personalidad ni racionalidad.

\* Los detractores de la publicidad exponen, que **los objetos ante los sujetos se cargan de un profundo poder** que elude la capacidad racional de los hombres y se materializa en un comportamiento consumista a todas luces irracional, y guiado por la mano oculta del poder omnipotente de la publicidad.

\* Los que defienden a la publicidad, generan una cultura de los productos como generadores de elementos sociales y reflejo de la sociedad que aparece en los anuncios y que estos productos van dirigidos a los públicos en los que esas variantes sociales se desarrollan, por lo que es casi irracional pensar que la publicidad es todopoderosa, y elevarla a algo diferente y superior de lo que existe realmente en las sociedades. Además no olvidemos como la importancia del consumo ha hecho reflexionar a los sociólogos sobre la necesidad de consumir, como una necesidad

<sup>63</sup> Recordaremos el famoso experimento que demostraba la teoría del condicionamiento operante, precursora del conductismo y que exigía la existencia de un estímulo y una respuesta inmediata después.

socializadora de primera mano. Lo que sí hace la publicidad, es descubrir y presentar cuales son las necesidades de los consumidores, que han debido ser investigadas previamente y si por ejemplo se percibiera que es necesario producir prendas de tallas más grandes es porque existe un hueco de mercado no cubierto que hay que publicitar, la publicidad no se niega a esto, porque ante todo es un negocio, el problema es que los anunciantes de este tipo de productos no quieren o no pueden económicamente acudir a ella.

\* **La marca se considera como un fetiche** que eleva la condición material de un objeto a la nada y lo que importa es el símbolo que lleva y que hace desencadenar una conducta de compra irracional pagando por algo que no lo vale, el valor de su marca.

\* En general los defensores de la marca, afirman que en una sociedad democrática los sujetos eligen libremente los elementos que prefieren en su socialización y que guste más o menos, las marcas identifican a las personas con su grupo, del mismo modo, se pierde el argumento de masas como irracionales, aglomeradas y no definidas desde el momento en que las personas se agrupan según sus intereses en grupos y clases sociales, absolutamente definidas. En cuanto a la publicidad, el elemento principal de la sociedad de consumo para unos, a lo que se limita, es a manifestar de la mejor manera posible las múltiples opciones a elegir por el sujeto, cargadas de persuasión y de belleza eso sí, porque en una sociedad democrática e industrial la persuasión es indispensable y la belleza nunca desagrada a nadie.

\* Para unos, **la publicidad crea mitos que asocian a los productos**, imágenes generalmente nada relacionadas con los mismos y que humanizan irónicamente un producto muerto, para así ser vendido. Se manifiesta esta práctica negativamente como subversiva y engañosa, argumentando por ejemplo, qué tendrá que ver Marilyn Monroe con Chanel nº 5.

\* Para otros es bueno humanizar los productos porque todo lo vivo siempre triunfa sobre la muerte y el consumo es como una religión en la que se tiende a glorificar los productos dándoles ese toque de vida que permite una identificación más rápida y una elección más acertada de lo que se busca. La publicidad es simplemente la conciliadora de vida y muerte para salvar el obstáculo de la elección más fácilmente.

\* No dejemos de lado el debate de **la mujer como objeto de la publicidad**, no profundizaremos porque este no es el momento, pero hay que decir que la mujer nunca será un objeto porque aparezca en publicidad, sino por la manera en que aparezca, de todos modos las mujeres no son “cosas” que responden a los estímulos inmediatamente, como se da a entender en los comentarios sobre mujer como objeto publicitario, volvemos al eterno debate del conductismo, algunos se empeñan en reducirlo todo a esta corriente superada con creces en la actualidad. Por otro lado según la publicidad parece que la mujer se ha liberado de las tareas aberrantes, caseras, con las que antes cumplía religiosamente, de este modo el uso de nuevos productos y electrodomésticos que parecen productos de belleza, ya que hacen a la mujer tener más tiempo para sonreír y disfrutar de su tiempo libre, de igual modo más tiempo para preocuparse de su cuerpo y de aparecer delgada ante las miradas de los otros, para ello se desnuda se aligera de ropa y aparece ante los hombres en su esplendor porque sabe que los hombres colocan sus ojos en los cuerpos perfectos. A. Guillemot (1994).

Según argumenta Victoria Loureiro (1994). La moda con sus modelos de identificación-imitación ha hecho contagiar estos valores al resto de la sociedad apoyándose en mensajes publicitarios que incorporan nuevos valores a sus mercados pro-adelgazamiento, estimando que la sociedad de consumo se vale del poder de la publicidad de los medios de comunicación de masas, que tienden a la uniformidad no a la identificación personal.

\* El argumento anterior aparece ampliamente superado hoy en día desde el punto de vista de la comunicación donde se han dejado atrás los tan nombrados modelos conductistas, para desenvolverse en modelos de origen cognitivista, donde la voluntad tiene algo que decir y sobre todo da la última palabra antes de que el sujeto actúe.

Anteriormente se decía que los medios de comunicación de masas y la publicidad aprovechándose de su alcance, lanzaban unos estímulos al sujeto que originan una respuesta refleja, este sería el esquema conductual, dentro de esta corriente se desenvuelve el modelo AIDA superado, puesto que la conducta no es sólo Atención, Interés, Deseo y Acción, ya que existen en el sujeto unas variables intermedias que pueden hacer variar este esquema lineal de conducta, por lo que la teoría de la nulidad del sujeto está desbancada desde el punto de vista de la comunicación.

### **V.4.3. LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS ESTÉTICOS**

Como la estética está íntimamente unida al adelgazamiento, es importante analizar la oferta de productos que se dedican a esta tarea, ya que la razón de ser del cambio físico está directamente unida al cambio estético y al cambio corporal, todo cambio supone una renovación para la persona, he aquí la razón del adelgazamiento para los enfermos de TCA, que no es tanto la búsqueda de la estética en sí, sino la búsqueda del cambio y la renovación, que les permita desligarse de las ataduras que les impiden ser felices. La realidad es que lejos de la búsqueda de la renovación en el extremo sentido de los enfermos de TCA, las personas buscamos mejorar y cambiar en pequeñas dosis a través de los productos estéticos, y por la importancia que le damos según lo dicho, hemos aprovechado el acercamiento anterior a los productos de belleza comercializados a través de Internet, ya comentados, para analizar los recursos publicitarios y las expresiones del lenguaje afines a la publicidad de otros medios.

A continuación vamos a ver cuales son las características principales del marketing publicitario de los cosméticos para ver cual es el estilo que se sigue.

1. En general las expresiones de los anuncios son difíciles de entender porque mezclan con el resto de argumentos, palabras que no sabemos lo que significan y que se refieren a algún compuesto químico o propiedad que se supone contiene el producto. Es muy normal escuchar expresiones como "contiene radicales libres", "liposomas"... que aunque nos son conocidas nunca nos han sido explicadas.

La publicidad muestra la cara externa de los productos que pone en contacto sus propiedades con los posibles consumidores, el problema es que en nuestra sociedad la sensibilidad a la estética nos hace sensibles a este tipo de anuncios, sin reflexionar en su utilidad para nosotros. No queremos eludir la existencia de malos anuncios y malos publicitarios, que no respetan la ética social, y que son la excepción para comprobar que existe una buena parte de profesionales que saben hacer bien su trabajo. La publicidad cuenta con unas herramientas para hacer llegar los productos con más facilidad, entre ellas se encuentra la imagen publicitaria, embellecida y casi idealizada a veces poco de acuerdo con la realidad de los sujetos de a pie, estas imágenes no son más que una ilusión que todos entendemos dentro del contexto

publicitario, pero que no por ello debemos creer a "pies juntillas" y de forma casi dogmática. Lo que sucede es que cuando los temas son de sensibilidad general como lo es hoy en día la delgadez, y las enfermedades que la conllevan, todos somos más receptivos a este tipo de manifestaciones publicitarias.

Por otra parte la publicidad es comunicación persuasiva que te sugiere, te crea imágenes, pero no te lanza mensajes subliminales porque si es difícil que los públicos capten los mensajes de la publicidad cuando se dicen abiertamente y a las claras, cuanto más difícil no será hacer que los consumidores asocien estímulos a acciones que no superan el umbral de percepción.

La otra herramienta de la publicidad es el lenguaje persuasivo lo que explicaría muchas veces el criticado uso que de él se hace en los anuncios. El lenguaje persuasivo no debe confundirse con mentiras a las claras. Algunos ejemplos recogidos en J.Toro (1996), sugieren ciertas ideas al respecto:

Desde casi sugerentes frases poéticas como *"libera tu cuerpo del peso del hambre"*, donde se une el juego de asociaciones marcadas para sugerir un cierto bienestar.<sup>64</sup>

Más descarado sin duda es el párrafo siguiente donde el texto es descriptivo puramente de las ventajas del producto, y valga comentar como a diferencia del primero aunque fuera verdad exactamente y sin reservas lo que se explica no dejaría de ser una barbaridad para la salud.

*"Un descubrimiento para adelgazar que asombra incluso a los medios científicos. Reaccione ahora y cambie su vida."*

*"He perdido 28 kilos en 32 días. He pasado de la talla 52 a la 32 y sin hacer ningún régimen".*

Es clara la diferencia con el texto anterior este más contundente y claro y por ello más peligroso. Llegados a este punto es necesario un cambio y un control debido al daño que se puede hacer a sujetos ilusionados e indefensos ante una

<sup>64</sup> No perdamos de vista que estamos analizando el lenguaje publicitario de algunos anuncios de productos adelgazantes y no cuestionando su efectividad, no estamos cuestionando fórmulas sino elementos, o herramientas lingüísticas que se usan.

obesidad indeseada. Aunque por otra parte debemos destacar como la información está al alcance de todos en la sociedad y argumentos como este hoy en día, causan hasta una cierta sonrisa por su exageración, antes que una actitud real de compra.

2. Otro elemento característico, es que siempre aprovechan expresiones relacionadas con las supuestas ventajas del producto y que a las consumidoras le suenan a poderes mágicos inmersos en la crema o el champú, nos referimos a palabras como revitalizante, rejuvenecedor, antiarrugas, exfoliante, regeneradores, acompañados casi siempre de una indicación temporal, "de la noche a la mañana", "rápidamente", "en pocos minutos", "parar el tiempo". La mayoría de estas expresiones responden a la exageración publicitaria que no conforma una figura engañosa como tal, y cuyo propósito como forma retórica es la de llamar la atención y avivar el interés del espectador.

3. En cuanto al producto en sí, la publicidad de cosméticos destaca porque existen muchos productos que contienen poca o ninguna información sobre sus propiedades, la publicidad actúa de informadora al igual que las dependientas de las tiendas y las prescriptoras de salones de belleza. Esta labor informativa se hace a veces machaconamente, exponiendo un conjunto de propiedades que en general sólo son un discurso ideal sobre el producto, cuyo fin es dar la sensación de confianza, de que el producto funciona.

4. En cuanto al envase, una de las expresiones que a veces podemos encontrar en la de "CLINICAMENTE PROBADO", en concreto clínicamente se puede probar cualquier elemento o compuesto, pero este hecho no exime que pueda ser usado sin problemas. Otro elemento a tener en cuenta es que los productos normalmente tienen una presentación muy elaborada, en donde la mayoría de las veces el tamaño del producto se queda flotando dentro de la caja, normalmente mucho mayor de tamaño, en relación con este elemento vemos como el precio de cosméticos de grandes firmas resulta disparado en función de lo que nos aporta y de la cantidad<sup>65</sup>.

5. La mayoría de estos anuncios son dirigidos a la mujer que hasta el momento ocupa el mayor nicho de mercado de la estética, los hombres parecen

<sup>65</sup> El precio de los cosméticos es abusivo para el consumidor. OCU Compra.Maestra. 1.993 realizó la siguiente comparación, adquiriendo un envase de colorete de Chistian Dior a 2.850 ptas, el frasco contenía 2,5 g, por lo que el kilo de este producto en el mercado sale a 1.140.000 ptas, el gramo de oro estaba en aquella fecha a 1.111,96 ptas, por lo que con hacer el cálculo se descubría que el gramo de oro salía 28 ptas más barato que el de colorete.

reincorporarse tímidamente a la aplicación de cremas y en mucha mayor medida y desde siempre en los productos dirigidos al cuidado de la caída del cabello, ya que este es el mayor problema estético que perjudica al hombre. Independientemente de la publicidad, la mujer es la mayor consumidora de cosméticos en nuestra sociedad a diferencia de otras épocas, donde el maquillaje no era solamente destinado al coto femenino, como era la antigua civilización egipcia, en la cual hombres y mujeres maquillaban sus ojos con unos maquillajes que a través de numerosas investigaciones demuestran el enorme parecido de los pigmentos y tinturas usados entonces, con los de la actualidad.

6. También debemos destacar como la publicidad de cosméticos y cremas sigue en muchos casos unos patrones publicitarios determinados. En la mayoría de los anuncios aparece solamente el rostro y/o busto de la mujer, ya que la cara es lo que importa, a no ser que el producto vaya dirigido a otras zonas concretas, como las nalgas y muslos en cuyo caso la mayoría de las veces aparece solamente esta parte del cuerpo, y no la modelo de cuerpo entero, ya que hay que economizar el esfuerzo visual y dirigir la atención a las partes deseadas. En los anuncios de maquillaje es de observar sobre todo en prensa que en muchos casos se evita la presencia femenina en virtud de la presentación del producto en primer plano. Esta tendencia general a destacar el rostro es una común actitud ya desde los años sesenta con los anuncios en prensa de cremas como *Bella Aurora*, los polvos en crema de *Joya de Myrurgia*, como los lápices de labios de *Tabac de Myrurgia*, el jabón *Maja de Myrurgia*, la laca *Binafix*, el agua de *Lavanda de Puig*. (SEMANA 1961, 1963, 1964). En los citados anuncios aparecían exclusivamente los rostros bellos de mujeres que guardaban una estética parecida a la actual en cuanto a belleza del rostro.

En resumen estas son algunas de las formas que presentan los anuncios de cosméticos destinados en mayoría al público femenino, y que guardan dentro de la estética de los anuncios publicitarios un estilo propio como sucede en otras categorías.

#### **V.4.3.1 UN CASO PROPIO. THE BODY SHOP**

Esta cadena de productos cosméticos fue fundada por Anita Roddick en 1976, instalando su primera tienda en Brighton, en la costa sur de Inglaterra, en este negocio de la cosmética, jugó un papel más importante su instinto, que sus conocimientos sobre el nuevo sector en el que se estaba introduciendo. Los obstáculos y malos augurios fueron muchos al principio debido a la naturaleza de sus productos, pero



como estos eran de calidad, la empresa consiguió pronto hacerse un hueco en el mercado.

El enfoque aportado por Anita Roddick a sus productos no era una novedad absoluta sino un nuevo punto de mira dentro del sector de los cosméticos. Su filosofía era hacer productos naturales informando siempre al consumidor claramente acerca de su contenido, que además no son probados con animales como elemento diferenciador de su filosofía, acompañado de envases sencillos que fueron todo un éxito. Poco después fueron mil seiscientas las tiendas que tenían la marca, siguiendo los puntos de su filosofía al pie de la letra y dedicados además de a hacer cosméticos a algunas áreas de actuación social, para buscar una imagen de empresa comprometida con la mayoría de las causas sociales, como son la de defender la experimentación con animales, usando métodos alternativos que a la vez son promovidos y apoyados en cuanto a su investigación.

Otra de las actividades de compromiso social que marcan su hacer, es la de comercialización con países del tercer mundo a los que compran algunos de sus elementos constitutivos de sus productos, la marca desarrolla proyectos con comunidades necesitadas de todo el mundo, teniendo como objeto de su filosofía, el crear justicia social y mejorar las condiciones medioambientales, ofrece a estos pueblos su experiencia y creatividad a cambio de su trabajo y de sus materias.<sup>66</sup>

En otras de sus áreas de compromiso social, es una compañía comprometida que desea ser el motor de cambio en el comportamiento y la actitud de la sociedad, actuando como grupo de presión tanto a nivel local como global y comprometiéndose activamente con los temas sociales candentes que más atañen a la sociedad. En The Body Shop se preocupan también por los residuos, tanto por su composición como porque sean los mínimos posibles. En principio lo hacían porque no tenían envases suficientes invitando a los clientes a rellenar los anteriores. En la actualidad se esfuerzan por conseguir que su actividad sea adecuada desde el punto de vista ecológico, para responsabilizarse de ello, se reducen, reutilizan y reciclan los mayores números de envases posibles con los que se fabrican peines, jaboneras y cepillos. La filosofía de sus productos naturales, es llevada hasta los últimos recursos

<sup>66</sup> Por ejemplo, mantienen acuerdos con la cooperativa Juan Francisco Paz Silva del pueblo de Achuapa en Nicaragua, donde compran el aceite de sésamo que tiene más de cien de sus productos. Entre 1993 y 1998 se compraron más de veintiuna toneladas. En España colaboran con la fundación Deixalles de Palma de Mallorca, elaboran productos artesanalmente, que son vendidos en las tiendas como ánforas de olor, instrumentos de masaje de espalda etc.

informando al consumidor que lo desee de la composición de sus productos, en las tiendas se encuentra este manual de información de los productos al alcance de todos, y la venta de los mismos se hace con todas las garantías de devolución.

Después de darnos un paseo por las tiendas y ver como es y como trabajan, vamos a explicar porque hemos elegido a Body Shop desde el punto de vista que nos ocupa, el problema del culto al cuerpo en su relación con los TCA, desde la publicidad.

Esta marca lanzó en los últimos meses de 1998 una campaña denominada de "Autoestima" que se niega en principio a la tiranía de los cuerpos delgados, desde el punto de vista de los tres mil millones de mujeres que hay en el mundo, entre las cuales sólo unas pocas son supermodelos. Todos creemos que las mujeres de todo el mundo están hartas de sentirse presionadas por aparecer perfectas y quieren ser valoradas por lo que son. La belleza no consiste en ser lo más delgada posible, es algo individual y viene de dentro: una sonrisa un porte alegre y elegante, la forma de expresarse...

The Body Shop, ha tenido el propósito de procurar que los consumidores compren productos de belleza desde un sentimiento positivo hacia ellos mismos. Queriendo cambiar el sector de la belleza lanzando ideales sanos para contrarrestar esta lucha obsesiva por mantener la línea o la angustia de la edad. A pesar de todo la fuerza del desarrollo de los TCA en la actualidad ha puesto de manifiesto, que son necesarias más iniciativas de desengaño hacia la fuerza que ejercen en nosotros este sentimiento de estética a toda costa.

#### **V.4. 3.1.1. LAS IDEAS "THE BODY SHOP"**

The Body Shop ha adquirido un compromiso con el hueco de mercado al que se dirige creando una imagen, desde el posicionamiento de su empresa y su marca, con los temas relacionados con el cuerpo, por esto se ha preocupado de que en sus catálogos no aparezcan niñas demasiado jóvenes, ni personas demasiado delgadas, sino de acuerdo a su filosofía, el interés está en presentar mujeres ante todo normales y de todas las edades y procedencias. Por otra parte y de acuerdo con la tendencia anterior, apuestan por la honestidad, puesto que se limitan a informar de sus productos sin prometer cambios espectaculares, sin engañar a propósito de sus resultados, aunque esto es más una estrategia de venta que la realidad de una buena conciencia.

Su idea más de acuerdo a lo que hemos venido diciendo es la creación de una muñeca, llamada RUBY, esta muñeca de generosas proporciones tipo Rubens pretende hacer desaparecer el mito de un cuerpo perfecto, y animar a las mujeres de todo el mundo que están hartas de sentirse presionadas para aparecer perfectas. Ruby refuerza nuestra principal creencia de que la belleza no viene en un frasco de producto sino que es la expresión de la diversidad y del brillo interior. Ruby es definida como una mujer igualmente saludable y feliz, es una mujer guapa, con esto la firma intenta suscitar el debate sobre como afecta a la autoestima y a la salud de las mujeres las imágenes cada vez mas idealizadas que aparecen en los medios, la muñeca es una provocación que invita a reflexionar y debatir.

Por otra parte no se quiere culpar a nadie ya que el deseo es que todos nos aislemos de estas pautas culturales que hemos hecho nuestras, pero sí se intentará abrir un debate sobre el impacto de las dietas y las industrias cosméticas en el bienestar de las mujeres. Ofrecer un planteamiento alternativo de belleza, basado en la valoración de la individualidad completa y no únicamente en la de su aspecto exterior. Animar a las mujeres a valorarse a sí mismas, por ser únicas, y a que esto sea para ellas motivo de celebración. Ruby reclama la presentación de modelos más amplios en la pasarela y en la publicidad, proponiendo una idea de belleza más diversa para la moda. Con esta muñeca no se defiende un tamaño de cuerpo particular: nos abre los ojos al hecho de considerar válido solo un tamaño de modelo.

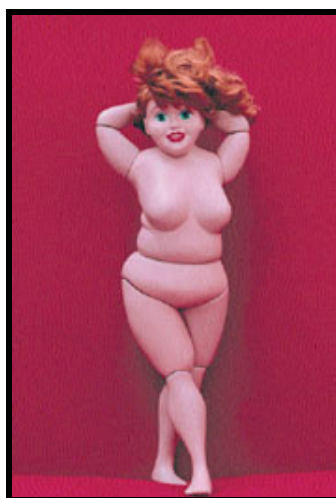
#### **V.4.3.2 RUBY**

Es una muñeca generosa de talla media cuarenta y seis. Sus ojos verdes redondos y expresivos están felices en un cuerpo de proporciones grandes, su nombre Rubens-Ruby y su busto generoso, deja ver un michelín debajo de los brazos al igual que otro a la altura de la cintura, su forma es muy curvilínea, sus caderas amplias y sus muslos robustos y fuertes, pero lo más importante es que la encarnación de esta muñeca parece feliz y a gusto consigo misma. Sus detractores que como todo en la vida los tiene, piensan que es vulgar, basta y de aire de prostituta cruzada entre una mujer adulta y una joven. En general no caben más comentarios sobre las opiniones negativas porque como quiera que sea esta muñeca va más allá de una representación física que ha podido ser más o menos acertada sino que es todo un símbolo de lucha social, contra la epidemia de los TCA.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
- V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
- V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
- V.4 LA PUBLICIDAD**
- V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
- V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

La muñeca no defiende una talla cuarenta y seis, sino el derecho a ser cada uno como es sin dejar de ser felices, reduciendo el criterio de belleza dominante, no sólo al cuerpo de talla treinta y seis, no se burla tampoco de las personas gordas sino que pretende defender sus derechos a la imagen. Su fin último es cambiar el criterio de belleza dominante en la cultura occidental, y para animar a las mujeres a desarrollar un fuerte sentido de autoestima perdida, sacando a la luz su derecho a ser respetadas por quienes son y no por como son, para ello la muñeca intentará marcar la nueva tendencia de nuestro tiempo, para empezar a ser amigas de nuestros cuerpos. En este momento estamos asistiendo a la caída de unos esquemas imperantes en el siglo XX, como ya asistimos a la caída del corsé en los primeros años de este siglo y que marcó un hito en el cambio de la belleza, pero debemos cuidarnos de no caer en otra tiranía. Estamos intentando para el mañana que nuestra mujer del siglo XXI sea feliz, saludable, dé seguridad en sí misma y satisfacción a los demás y a ella misma. La firma de cosméticos no intenta en sus propósitos negar el derecho a ser bellas, pero sí sin esconder lo que se es o intentando violar la propia imagen tapando o prometiendo resultados que jamás se conseguirán, negándose el derecho de envejecer disfrutando del tiempo.



El cartel de Ruby transmite el mensaje principal, **"Hay 3000 millones de mujeres en el mundo y sólo 8 son supermodelos"**; las mujeres son seres humanos cualquiera que sea su condición y la misma Ruby es tanto un símbolo como una personalidad. Como símbolo nos muestra como sería nuestra muñeca infantil con unas proporciones más normales. Como personalidad, representa la confianza en una misma, el orgullo y las ganas de vivir. Ella representa los dos aspectos de la campaña que lanza The Body Shop: una crítica hacia estrechos estereotipos de belleza y una positiva redefinición de la belleza verdadera. En resumen Ruby personifica el lema **"conózcase a sí misma, ame su cuerpo"**.

#### **V.4.4. LA MUJER PUBLICITARIA**

Alguien dijo que el aire que respirábamos estaba compuesto de oxígeno, nitrógeno y publicidad y la manifestación más clara de esto es que parece que la culpa de todo lo que ocurre que es malo, es achacable a lo más evidente, la publicidad.

En este contexto publicitario se está desarrollando la imagen de una mujer activa y viva, no incapaz de tomar decisiones y dependiente del marido. Como dato curioso referido a las mujeres trabajadoras fuera del hogar, un estudio hecho hace algunos años en 1985 publicado en *Advertisig Age*, proponía que el número de las mujeres dedicadas a trabajar en publicidad era mayor que el número de hombres, concretamente en una proporción de dos por hombre.

En España la realidad corrobora esto, puesto que cada año se licencian en la facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid una inmensa mayoría de mujeres, J.D Gómez Castallo. En las jornadas sobre "La representación de la mujer en los medios de comunicación" (enero, 1999), también percibía esta afirmación en los siguientes términos.

*"En toda Europa y en España de forma especial, las mujeres están magníficamente representadas en la profesión publicitaria; es significativo el constante crecimiento de la presencia de mujeres, tanto en las agencias de publicidad (donde hoy superan a los hombres) como en los departamentos de MARKETING de las empresas anunciantes. Y ello sin olvidar que en España las nuevas promociones de licenciados y licenciadas en publicidad y relaciones públicas, tienen una más que mayoritaria composición femenina".*

Otra cosa es que el mercado laboral las absorba o no, se supone que esta masiva inclusión de la mujer puede producir cambios en los estereotipos publicitarios, pero la realidad es que no se ha dejado ver mucha influencia quizá porque la mayoría de los creativos son hombres siendo más la mujer, afín al perfil de ejecutiva de cuentas.

Es cierto que la publicidad transmite papeles propios para la mujer y para el hombre, aunque cada vez más las tendencias cambian y aparecen mayor número de

hombres cuidando de niños o haciendo tareas en la casa, mientras la mujer parece venir de la calle, de su trabajo, aun así hay unos campos vedados para ella, que son propiedad suya, mientras que con el hombre pasa lo mismo, la diferencia es que la vida social en general parece ser de la propiedad masculina.

Un ejemplo representativo de la diferenciación de los roles sociales de mujeres y hombres en España puede ser que a diferencia de los EE.UU. aquí, hacen la colada el 3% de los hombres frente al 35% en USA, y el 85% de los productos del hogar son comprados en España por mujeres, de ahí el perfil de "ama de casa". (Procter & Gamble. citado en J.D Gómez Castallo, 1999). A pesar que la mujer se incorporó al mundo del trabajo hace ya algunos años, la publicidad ha necesitado un periodo de adaptación progresiva para evitar los contrastes fuertes y negativos para el público, que necesita hacerse a la idea de los cambios poco a poco; de pronto resultaría chocante una mujer que llega a casa mientras su marido está con el delantal en la cocina dando la papilla al precioso niño de dos años que tiene sentado en sus rodillas, aun así es característico como las cosas cambian pero no al ritmo que se debería ya que la mujer que trabaja fuera y deja a su marido con los niños, está deseando llegar para verlos, para preguntar como han comido o si han dormido la siesta y desde el trabajo seguro que ha estado llamando cada dos horas para recordar la medicina, preguntar si ha tosido o si duerme.

Sin embargo aun hoy, el prototipo del hombre típico, trabajador, dueño de su esfera social; al salir del trabajo se detiene a tomar una copa con los amigos y al llegar a casa se pone cómodo y se sienta a descansar, por supuesto, seguro que ha tenido un día agotador, y aunque nadie duda de lo que quiere a su familia, confía plenamente en su mujer a la hora de los cuidados hacia los hijos.

Al hablar de la mujer en publicidad, todos los discursos se han centrado hasta el momento en la discriminación de esta frente al hombre, incluso en los aspectos relacionados con la apariencia física, se han obviado aquellos aspectos directamente relacionados con la estética y el peso. Excepto a lo que a sexo se refiere, y a la manipulación objeto-erótica de la mujer, nadie se ha preocupado de las imágenes delgadas patrón de ejemplo a seguir por otras mujeres.

En general la publicidad de las revistas ha cambiado su imagen femenina, en la década de los sesenta la mujer aparece en publicidad bajo roles que no serían

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
- V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
- V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
- V.4 LA PUBLICIDAD**
- V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
- V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

aceptados en la actualidad, ya que en los contextos típicamente femeninos aparece encargada de las tareas del hogar bajo antiguos patrones publicitarios que han persistido hasta hace poco, nos referimos por ejemplo a los anuncios de detergentes en los que se muestra la blancura de su ropa, como en el anuncio de OMO. SEMANA (1961)



En pocas ocasiones la mujer disfruta de libertad, aunque ya se presentan manifestaciones de independencia femenina al publicitarse la moto LAMBRETTA, "la scooter que dura más"(SEMANA, 1963). El cuidado de la mujer en cuanto a estética es constante desde estos años donde aparecen los primeros anuncios de depilatorios MILO'S, y TAKY (SEMANA, 1961). La publicidad hace hincapié en la presentación de los nombres de los productos bajo formas que riman y se recuerden, como el caso de "TERGAL, VISTE ACTUAL" o dividiendo la palabra, como el caso del desodorante "O-DO-RO-MO", lo más destacable de esta década a diferencia de la actual es la realidad del tratamiento machista en los anuncios y que serían impensables hoy, destacaremos el caso del anuncio de MARLBORO, donde aparece un hombre fumando y una mujer sentada haciendo de secretaria, el hombre mira con superioridad a la mujer, el eslogan es "Claro que me ha conquistado", en la misma línea está el anuncio de whisky DYC, aparece un hombre que sirve un vaso de whisky a una mujer; la actitud del hombre no parece ser la de compartir sino que sugiere deseo.(SEMANA, 1963,1964).

En la década de los setenta según J. Pearson (1993), las mujeres aparecían aun con roles estereotipados, no ostentan cargos representativos; se admite que estas mujeres muestran más preocupación por aspectos físicos que por tomar decisiones. Se sitúa a la mujer en contextos domésticos, pocas veces profesionales, no llevan pantalones y solo el 16% de las mujeres aparecían en contextos no tradicionales.

En general los hombres y mujeres prefieren a modelos atractivos en publicidad decantándose cada uno por los modelos de sexo opuesto al propio. La publicidad se guía de los estereotipos sociales más extendidos que determinan el

comportamiento y los roles sociales, realmente cuanto más nos expongamos a los medio de comunicación, más arraigados serán los estereotipos que adquiramos en nuestro interior y aunque el hecho de que existan estereotipos no exculpe a la publicidad de su utilización, tampoco esta puede hacer cambiarlos sin una profunda transformación social. Esta realidad como muchas es la pescadilla que se muerde la cola.

### **V.4.5 EL ESTEREOTIPO**

Este concepto fue introducido por la ciencia política a cargo de Lippman en 1922, (M.L. Balaguer,1985) con un significado etimológico de rigidez, inadaptable y anquilosado. En realidad el estereotipo presenta una imagen parcial y limitada de la realidad sin que se plantee la necesidad de profundidad. El estereotipo es una construcción económica y que hace descansar el intelecto puesto que no tenemos la necesidad de cuestionarnos todo y analizarlo porque los patrones y marcos estereotipados, nos permiten encasillar las informaciones ayudándonos de la generalización.

Según T.E. Perkins (en M.L.Balaguer, 1985) el estereotipo es *la cristalización de una determinada ideología, que busca la representación de un contenido cerrado sobre grupos o personas*. Esto que hemos expuesto nos lleva a crear unos estereotipos de hombres y de mujeres, así como de jóvenes que convienen al sistema, y que son socialmente más aceptados aunque sea la minoría la que pertenezca realmente a este grupo, así ocurre con el estereotipo de la delgadez, que responde a un físico que sólo poseen unas pocas y que el resto se esfuerza en conseguir.

J. Peña Marín (1993) por su parte expone lo siguiente:

*“Hace tiempo que nos pesamos como mercancías, que respiramos en el “hay que saber venderse”, hace tiempo que naturalizado en este medio hemos olvidado que teníamos, por ejemplo, un cuerpo”*

Realmente nos hemos llegado a preocupar tanto por el cuerpo que hemos olvidado a las personas y hemos cosificado una mezcla de cuerpo y alma, lo que irremediablemente ha hecho más sencilla la tarea de la creación de estereotipos.



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
- V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
- V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
- V.4 LA PUBLICIDAD**
- V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
- V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA. PANORAMA ACTUAL.

Para M.L. Balaguer (1985), existen varias tipificaciones diferentes de la mujer en la publicidad, por tanto distintos estereotipos: *mujer ama de casa, trabajadora, objeto, inferior al hombre, valor asociado al producto*. Siendo la más numerosa la de la *mujer sexual*, objeto y que representa un valor asociado al producto (ver foto 1,2)

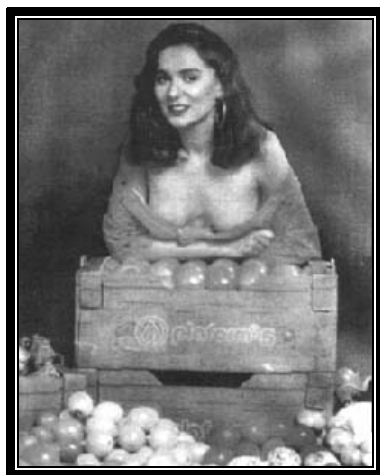


Foto 1



Foto 2

El estereotipo es la consecuencia del poder homogéneo, de los valores y hábitos y de las conductas de los sujetos, que ejercen socialmente. Las concepciones simplistas que aparecen en la publicidad, las series de moda y otras manifestaciones comunicativas no responden a la realidad que es mucho más compleja que todo esto. El estereotipo del ama de casa que sigue preocupada por la limpieza y la alimentación de los suyos, la mujer trabajadora seductora y liberal entre otros, componen algunas muestras, pero lo que realmente existe es mucho más complejo, ya que no todas las mujeres trabajan porque les gusta, otras trabajan fuera y dentro de casa, otras no pueden trabajar aunque quieren.

En general la mujer al igual que la juventud aparece encasillada de forma inamovible para facilitar el trabajo. No es del todo malo que existan estereotipos si estos no desvirtúan demasiado la realidad, es como si hiciéramos un resumen de una obra, el resumen siempre desvirtúa por incompleto a la obra pero por otro lado si se mantiene fiel al original en su esencia, no sería tan malo como si se aleja de la esencia y devaluara su valor intrínseco totalmente, algo así ocurre con el estereotipo que se convierte en prejuicio y se carga de maldad ante los sujetos. Otros estereotipos no relacionados con la mujer y cargados de esta negatividad propia del prejuicio, son por ejemplo en la

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

actualidad de nuestra sociedad, el de los drogadictos, ante los cuales se mantiene un rechazo generalizado que dificulta su curación. Los delincuentes, malvados y poco fiables, nacidos para estar en las cárceles perennemente. Las razas, ante los cuales los negros son inferiores, los moros y gitanos vagos y ladrones, etc. En la actualidad también los enfermos de TCA están estereotipados como "niños mimados que quieren ser modelos, y no comen por no engordar", este comentario se carga de desconocimiento, cuando se tacha a los enfermos de ser personas que han enfermado porque quieren, sin reconocer más allá del "capricho" una enfermedad mental de pronóstico grave.

Los estereotipos femeninos aparecen de forma más numerosa, en la publicidad, que los del varón, una razón es que la mujer es más veces destinataria que los hombres de la publicidad, y segundo es que socialmente la mujer es más bella, promocionando con su belleza cualquier cosa que se precie, unas veces participando y otras como modelo, donde no habla, sólo se muestra y transmite una identidad viva al producto, este es el caso de las marcas cosméticas que adoptan sus rostros femeninos para que sean perfectamente identificados con las firmas y que en la mayoría de los casos suponen un periodo de selección muy costoso y largo para el fabricante.

En general todos los detractores femeninos de la publicidad admiten como la imagen femenina está imbuida de una fuerte carga sexual objetivada ante el hombre y que no sale del binomio mujer-atracción sexual. La mujer como significado sexual es cierto que ha sufrido las aberraciones de algunas ideas publicitarias pero en algunos casos, la crítica social ha ido más allá de los límites de alcance del creativo que inventó tal idea.

De todos modos algunos ejemplos recogidos por la X jornada de investigación sobre la mujer en publicidad (1995), exponía el caso de un anuncio de donantes de sangre en donde una mujer aparecía con un rótulo "*es un surtidor de sangre*" haciendo el símil con el surtidor de gasolina, este caso no recoge tanto el carácter de degradación de la mujer, ya que si hubiera sido un hombre no hubiera variado el anuncio. De cualquier manera parece ser que la mujer siempre tiene que luchar contra sí misma para tratar de parecerse al objeto bello y sensual que el hombre desea, esto la obliga a aumentar su ansiedad y a preocuparse más por su físico que de costumbre, ya que como dice J.C. Pearson (1993)

*“Nuestro autocontrol incluye hechos tangenciales tales como las medidas físicas y las descripciones y formas de nuestro propio cuerpo (...) nuestro autoconcepto es la suma total de nuestras valoraciones y evaluaciones del “yo”, el cual representa nuestra propia individualidad”.*

Por otra parte hay que destacar el error de percepción que existe respecto de la belleza femenina, la mujer cree que el hombre necesita y desea a una mujer delgada y bella, es difícil determinar donde está la barrera de delgadez para un hombre, lo que es claro es que el concepto de la delgadez para las mujeres está muy por debajo del concepto de delgadez para los hombres, generalmente al hombre no le gusta la mujer excesivamente delgada y a pesar de que según esto el estereotipo de la belleza femenina es diferente para ambos sexos, la mujer sigue esforzándose cada día más por perder cuanto más peso mejor.

Según los estereotipos televisivos, la mujer adopta los mismos roles que en la prensa escrita, haciendo hincapié en la venta de productos exclusivos para el sector de la belleza y sobre todo fomentando los productos desde dentro del hogar. El hombre sale más fuera de la casa, tanto cuando el anuncio exige más las tendencias agresivas más propias de lo masculino, así como en lo relacionado a puestos de relevancia. Un antiguo estudio de publicidad televisiva de 1975 describía como la mujer representaba papeles de asistentes o auxiliares, sumisos, objetos sexuales y amas de casa infravaloradas (Duker y Turker, en J.C. Pearson, 1993.)

También C. Peña Marín (1990), aporta que la publicidad nos penetra en los deseos, en los sueños, nos permite que deseemos ser otras personas, es cierto que la publicidad es ambigua y le gusta hacernos soñar, que por unos segundos nos traslademos, siempre a través del sujeto y de sus ideales e intereses, pero nunca frenando su capacidad de reacción

En los anuncios de televisión actuales han cambiado los estereotipos, principalmente los referidos a la mujer en casa, la edad de las modelos, así como el ya gastado concepto de "maruja", el cual se ha relegado incluso de los anuncios de detergentes. En general los patrones se transforman con la sociedad y en la medida en que los medios de comunicación sean concebidos como instrumentos para reflejar, y no para cambiar, persistirán los problemas relacionados con el estereotipo. Cambiar estereotipos es una tarea difícil, que no puede ser medida ni evaluada con rigor, puesto

que el cambio de una generalización, es fruto de muchas relaciones y esfuerzos, el hecho real de cambio del estereotipo y el esfuerzo necesario para hacerlo guardan una relación desproporcionada.

#### **V.4.6. CUALIDADES PUBLICITARIAS DE LA MUJER**

La mujer, según el profesor Lema Devesa en su artículo "Los derechos de la mujer en publicidad", tiene importancia desde dos puntos de vista diferentes, por una parte la mujer es consumidora de productos, entre ellos los productos de belleza y dedicados al cuidado del cuerpo, y por otra parte la mujer aparece como objeto publicitario, y de ahí se deriva la importancia de sus derechos, al utilizarse su figura como modelo. (J.D.Gómez Castallo, 1999).

La belleza es sin duda la cualidad más percibida y valorada no solamente sexualmente sino socialmente, por eso las mujeres de la publicidad parecen muñecas modelos que se preparan para estar bellas. La mujer debe representar a través de su belleza su armonía interior y exterior, su estilo y elegancia así como su autocontrol y la única manera de mostrarlo es a través de su corporalidad, el hombre también aparece atraído hacia las redes de la belleza y de los elementos marcadamente femeninos como son la sensibilidad, la ternura y el culto al cuerpo, la diferencia es que el tener un cuerpo perfecto, se convierte en objeto de imitación para el hombre pero sin embargo se convierte en objeto deseado para la mujer, que en el extremo llega a medir sus fuerzas y su valía a través de la materialidad de la apariencia. (N.Herrero, 1996) coincide en estas afirmaciones diciendo que,

*"El valor más importante sigue siendo la belleza, e incluso se intenta alcanzar el éxito profesional utilizando la seducción"*

Este comentario no significa que la mujer seduzca para conseguir lo que desea, pero si que además de las virtudes que pueda tener, a esta se le exige una buena presencia, mientras que al hombre no, o al menos la mujer es consciente siempre de que este es un punto "a su favor", la realidad de esta afirmación se corrobora con el hecho de que la mujer es aceptada mejor si tiene buena presencia porque en la realidad la mayoría de los jefes y seleccionadores son hombres.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA. PANORAMA ACTUAL.

En los años veinte los anuncios de corsés en la publicidad representaban imágenes de mujeres que daban figura al cuerpo por medio de los corsés.



Foto 3

En estos años se da el salto desde la figura de avispa al talle de la "ligne normale", como el anuncio de C.P. LA SIRENE "ligne normale", este anuncio como ejemplo de la evolución publicitaria de la mujer presenta a dos jóvenes que lucen corsés; de manera opuesta a la figuración de la época, no se delinear a través de rasgos esquemáticos y de resolución plana sino que muestran volumen, logrado mediante una amplia gama de grises. Algunos autores como O.Traversa (1992) explican a propósito de este aspecto del anuncio, como en esta época se reivindica más el derecho a un aspecto corporal diferente a la moda del corsé de 1914, devolviendo a la mujer la línea normal que los antiguos corsés habían destruido.

La propuesta publicitaria de esta marca es diferente a todas las anteriores las cuales abogaban por las líneas encorsetadas, con argumentos como, *"No se puede vestir bien, ni ser elegante, sin llevar un corsé de perfecto corte"* proclamando con desenfado la violencia que se hacía sobre el cuerpo, *"Modelo fuertemente emballado especial para personas gruesas"* este era el discurso de la marca LA PERSEPHONE, los argumentos se oponían a la holgura de los órganos. En la publicidad de la época era infrecuente la aparición de actrices que como prescriptores salían en el anuncio, estas son apreciadas como objeto de todas las miradas que perciben en ellas la moda.

Otro ejemplo de ruptura de los años veinte con el canon, es el anuncio de corsés que irrumpe con un título inusual para la época, *"¡AL FUEGO!"*, siguiendo la estética del dibujo esquemático, una mujer tira al fuego su corsé, se acompaña de un

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

párrafo que dice *"las señoritas modernas han resuelto por prudencia no usar más el corsé con ballenas porque las ballenas no solamente ejercen una acción peligrosa sobre el estómago y los órganos internos del vientre, sino también las hacen víctimas de su propia voluntad impidiendo la libertad de movimiento"*. O.Traversa (1992)

Cuando leemos estos documentos de la época nos parece que es necesario en el siglo XXI, encontrar anuncios que digan *"al fuego con las dietas, que perjudican seriamente al organismo y provocan TCA, además de impedir el hábito alimentario normal"*

En aquella época del corsé, como signo de elegancia donde nadie que se preciara debía vestir sin él, la línea normal abogaba por la ciencia médica, triunfa en los aspectos de liberación de la mujer. Las propuestas anteriores abogan por el viejo cuerpo, destruido por un entramado de tejido y alambre, prótesis externas anatómicamente incompatibles que conseguían mostrar el cuerpo que no era. Hoy en día el corsé es aun más peligroso porque las prótesis de la mujer son internas, las cirugías, las dietas establecen un compromiso con el cuerpo pero siempre desde dentro hacia fuera.

La mujer trabajadora, aparece autónoma respetada y segura, consumidora principalmente de productos adelgazantes o no engordantes y cosméticos puesto que uno de los elementos a su favor a la hora de realizarse en su autonomía es su belleza. La mujer está fuera de su contexto tradicional y es aquí donde se realiza ahora, donde compite con el hombre siendo en muchos casos como la excepción entre ellos, no como algo normal, e incluso en algunos anuncios donde aparece reunida con ellos en una sala de juntas casi da la sensación que todos están encantados con su presencia por lo guapa que es y han decidido dejar que se quede, para ser el descanso de las miradas de trabajo de los varones. Como ejemplo para ilustrar este aspecto de discriminación femenina ante las miradas masculinas reproducimos una resolución judicial del Tribunal de Mercado noruego, tradicionalmente muy severo con el enjuiciamiento de los anuncios referidos a la igualdad de los papeles sociales de ambos sexos, que se mostró favorable ante la desestimación de una demanda a propósito de un anuncio en el que aparecía una mujer secretaria a la cual el hombre como jefe aparecía dictándole. A juicio del Tribunal en el anuncio no había discriminación, sino la representación normal de una escena generalmente aceptada socialmente donde la mujer ocupaba un puesto subordinado.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

Afortunadamente esto va cambiando y la toma decisiva de los puestos importantes cada vez se relega a las mujeres, aunque tímidamente. En realidad el verdadero valor de esta resolución del Tribunal noruego que puede ser aplicable al tema que nos ocupa, es la riqueza de las motivaciones que argumenta al respecto y las cuales compartimos. El tribunal señala que no puede exigirse a las empresas anunciantes que adopten una posición activa para promover la igualdad de sexos, esta sería una tarea de los poderes públicos, los agentes sociales y la sociedad en general y seguidamente por puro interés comercial los anunciantes modificarán sus estrategias si detectan que la sociedad se lo demanda. A. Tato Plaza (1999)

En consonancia con lo anterior N. Herrero (1996) expone muy críticamente como, la principal razón del surgimiento de esta nueva imagen de la mujer como reflejo de los logros que va adquiriendo en la realidad social, no se debe a que los publicistas apoyen las políticas para la igualdad de oportunidades de las mujeres, la razón principal es que los mensajes manifestados sexistas, funcionan cada vez peor y pierden eficacia en ventas al ser rechazados por amplios sectores sociales, que como consumidores potenciales no interesa ofender.

En cuanto a la imagen de la mujer en publicidad como ejemplo de unos esquemas sociales que responden a modelos anoréxicos, se puede decir que la publicidad está imbuida de este mismo espíritu de lucha contra estos patrones, desde el momento en que si la sociedad demandara modelos de talla grande, en la publicidad se presentarían estos modelos para anunciar productos. Del mismo modo la publicidad no puede cambiar la conciencia social sino que puede reflejarla y es trabajo de las administraciones y otros organismos cambiar estos patrones conductuales que tanto daño están haciendo.

Son muchos los que piensan al contrario, o sea que la publicidad crea la realidad como en el caso de artículos en los que se dice,

*"A través de las imágenes que nos ofrece, pueden imponerse modas, transformarse normas de conducta y/o consolidarse valores. Conectando con el mundo de lo simbólico, desencadena deseos en el ser humano que pueden materializarse en una oferta concreta" (N. Herrero, 1996)*

Es verdad que en otras áreas de representación publicitaria, se pretende aliar los deseos con los productos, los deseos se materializan a través de situaciones agradables o desagradables que reclaman un inminente cambio. La mujer ha cambiado los esquemas anteriores y por ejemplo, el ama de casa por su parte ha desaparecido de la publicidad, excepto de los productos directamente dirigidos a ella, la mujer ha salido de su ámbito privado y tímidamente se hace con la calle. En la misma línea la Comisión Asesora de Publicidad no-sexista de Euskadi expone lo siguiente,

*"De todas maneras, y a pesar de que existen anuncios que nos muestran los estereotipos de mujeres que hemos presentado, no podemos negar que se están dando cambios en el mundo publicitario, cambios que habrá que reforzar"* (J.D.Gómez Castallo, 1999).

Cundo aparecen amas de casa las figuras no son ideales pero tampoco aparecen los delantales y los rulos, se ha estilizado su figura y se las ha rejuvenecido. A veces aparece la figura de una persona de más edad cuya intromisión es rechazada por la joven que decide sola. Según N. Herrero (1996) la mujer joven de la publicidad de hoy,

*"...no sobrepasa los 25 años , es independiente económicamente y aunque se reconozca que trabaja en el ámbito público, suele contextualizársela dentro del hogar o vinculada a él."*

Por otra parte la definición de la nueva imagen que proyecta la mujer en publicidad según esta autora es mucho más coherente y acertada con la evolución de la publicidad.

*"El modelo de mujer que proyecta una nueva imagen, tiene entre treinta y cuarenta años y normalmente desarrolla trabajos cualificados (...) Se las muestra activas, seguras, con iniciativas e independencia, situándolas en un plano de igualdad con el hombre."*

El hombre "amo de casa", aparece cada vez más robando puesto, pero en la mayoría de los casos mostrando su desagrado ante la tarea que hace de forma patosa. Solo cuando el hombre es además experto en esa tarea aparece en estos contextos femeninos, por ejemplo el antiguo mayordomo de la tele y los cocineros de alto nivel que aparecen en la publicidad.



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN

**V.4 LA PUBLICIDAD**

V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

Las reuniones entre personas de igual sexo dejan mucho que desear en el caso de las mujeres, que aparecen evadidas o en poses poco inteligentes, riendo o jugando, en contraste con los hombres que sí aparecen tomando decisiones, compartiendo con amigos, haciendo deportes, la relevancia en este aspecto sólo alcanza a la mujer cuando se permite la reunión mixta de hombres y mujeres.

La dulzura femenina aparece, frente al hombre con su rudeza, pero ahora la mujer sobre todo en los anuncios de adolescentes y jóvenes sabe poner a los chicos en su sitio, exigiendo sus derechos y haciéndoles retroceder de su apostura y arrogancia, eso sí, en muchos casos la torta seguida de arrullo, es muy común, como si la mujer se tuviera que sentir culpable de un tortazo publicitario y tuviera que perdonar a la pareja, todo en veinte segundos, para que el chico no quede mal.

La belleza es propia de la mujer, porque es esta la que se cuida y se autocontempla en la publicidad, aunque en los spots se evita la belleza femenina para gustar al hombre y se utiliza para gustarse a sí misma. En los anuncios, el estereotipo que aparece no deja de ser la mujer niña, por un lado, inocente y que propicia la indefinición y ambigüedad y por otra parte la mujer fatal, voluptuosa y curvilínea que asestará su golpe fatal de sensualidad y sexualidad sobre los hombres.



**Foto 4**

El hombre sigue apareciendo en la publicidad cuidando su cabello o su afeitado, sin embargo la mujer aparece cuidando su rostro, su cuerpo, su pelo, la mujer cuida su piel y en las promesas publicitarias se argumenta que el cuidado de la piel es

una necesidad para la salud, no solo para estar bellas. La otra promesa que se ofrece en la mayoría de anuncios del cuidado de la piel, es la insistente necesidad de detener el paso del tiempo inexorable que ataca a mayores y jóvenes.

Cuando los productos se refieren al cuidado del cuerpo, la promesa a conseguir no es ya tanto gustarse a sí misma sino ser esbelta y libre ante los hombres. La publicidad dedicada al cuidado de la línea se hace como dice C.Peña Marín por medio de mujeres delgadas:

*"Los modelos propuestos suelen ser sumamente delgadas, con la clara intención de fomentar el consumo de estos productos incluso en personas de peso normal"*

Llegados a este punto la cita no tiene desperdicio dentro del tema que estamos tratando puesto que la espantosa proliferación de personas con trastornos del comportamiento alimentario, ha hecho que la publicidad de estos productos se ponga en tela de juicio y se haya observado, no tanto que la publicidad va dirigida a jóvenes y mayores de peso normal, sino que estas también los usan y en ocasiones, se obsesionan con ellos, dando lugar a desequilibrios; por otro lado esta mujer publicitaria se exhibe siempre alegre y liberada lo que levanta un mayor deseo de conseguir esta forma de vida a través del cuerpo.

Cuando la mujer anuncia productos de higiene, o lencerías incluidas las depilaciones, el tono es informal y desenfadado para quitar importancia debido a la significación dentro de la vida de la mujer de estos aspectos que no son nada agradables. Esta publicidad aparece representada por mujeres jóvenes a medio vestir y en tono confidencial o hablando con otras amigas de este propósito, transmitiéndose conocimientos.

El ama de casa y los temas relacionados con la comida, salen a menudo debido al interés femenino por estos aspectos, ya que aunque la mujer de esta publicidad ya no es una "maruja", sigue preocupada por estos aspectos incluida la limpieza de la casa. Hace unos años la mujer publicitaria aparecía cansada de limpiar y con aspecto de implorar soluciones, en la actualidad la mujer aparece impecable, está delgada y se preocupa de cuidar a su familia pero de una manera cómoda y fácil que le permita disfrutar de sus hijos y ante los cuales no parezca que su única preocupación es

tener la cocina limpia, ya que en la actualidad el deseo de cariño de su familia y el ansia por verlos bien alimentados y felices aparecen como su mejor satisfacción. Es de destacar que la mujer aun pendiente de su familia intenta aspirar en la publicidad a su liberación, lo que ocurre es que su liberación va unida a su belleza en los anuncios y para ser bella hay que tener tiempo, lo que a veces resulta muy difícil y que aparece reflejado a veces en la publicidad, de manera que los ambientes recreen a una nueva madre que además es una nueva mujer trabajadora y apreciada por sus compañeros, con el propósito de ser tratada de igual a igual.

Cuando la mujer aparece en su hogar entre sus quehaceres, aunque la tendencia es a realizar trabajos sin esfuerzo, realmente aun es muy tímida la presencia de hombres en este menester. Recordemos que en parte el hombre no aparece en la publicidad estereotipado como la mujer, porque como ya hemos dicho los roles sociales no permiten este papel para el sexo masculino.

En resumen parece que la mujer trabajadora es hogareña pero ante todo liberal y bella y la mujer que solo es ama de casa se encuentra feliz entre sus electrodomésticos y necesita que estos dentro de su actual felicidad le hagan la vida más fácil pidiendo siempre deseos reales, como una cocina nueva, un "quitagrasas" fácil de usar. La belleza no es ajena a este colectivo casero porque a través de su cuidado se acercará más a las otras categorías de mujeres liberales, sin dejar de perder su ternura y su amor por los de su casa. El deseo de libertad, esconde una reivindicación publicitaria de la autoridad, que es una parcela excluida para la mujer, de la misma manera que la aventura, parece exenta de mujeres en la publicidad a no ser que las más jóvenes se arriesguen a conseguir el objetivo de hacer aquello prohibido o vedado, de acuerdo con su condición de jóvenes y secundariamente de mujeres.

#### **V.4.7. ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS MODELOS FEMENINOS DE LA PUBLICIDAD**

La mujer en publicidad siempre ha sido tachada de objeto, superficial, degradada, aunque hay que reconocer que en materia de buen gusto nada está escrito y que en algunos casos la publicidad no ha presentado la parte más humana y femenina de la mujer. A todos nos gustan los anuncios bien contruidos, divertidos y con chispa, aunque nos neguemos a decir abiertamente que son bonitos, porque por otra parte nos

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA. PANORAMA ACTUAL.

incordia cuando cortan nuestras películas que se hacen interminables gracias a la publicidad y también por la tendencia anticonsumista que surge actualmente en la sociedad donde parece que la publicidad es la cabeza de turco.

Ya hemos sugerido más arriba el mal gusto con que a veces se muestra la mujer en publicidad, dejando al lado las incansables feministas en contra de toda manifestación publicitaria de este tipo, bajo el incansable argumento de la mujer objeto. Hay muestras desde luego de mal gusto, recordemos la sin quererlo famosa "chica del membrillo", que pasará a los anales de la publicidad, como la muestra más palpable del mal gusto publicitario. La chica del membrillo que popularizó una marca desconocida de dulce de membrillo llamado "El Quijote", donde se dieron cita el mal gusto femenino, estético y publicitario, del mismo tipo es el anuncio de las naranjas reproducido más arriba. ( Ver foto 1, pag. 487)

Dejando a parte estas escenas pasajeras de la historia publicitaria, la mujer de los anuncios es una mujer casi perfecta, ideal, guapa, desenfadada, bien vestida, olorosa, perfumada, bronceada, conquistable y seductora. Esta es un tipo de mujer publicitaria que mantiene una personalidad definida y transmitida en veinte segundos a los espectadores. La otra mujer publicitaria era la ama de casa cuarentona, típica maruja, inculta, excepto a la hora de comprar su detergente. Esta mujer tiende en el último lustro a desaparecer en función de una mujer más joven, culta, escogida y selecta, para desempeñar el papel de cuidadora de la familia sin renunciar a su imagen y sus deseos; incluso trabajadora fuera del hogar.

En definitiva a distintos niveles pero siempre dentro de la misma línea, la imagen se perfecciona, se cuida y se santifica cada vez más en la publicidad, porque los esquemas sociales están cambiando y la mujer sale de casa con más seguridad, para trabajar, ser independiente y cuidar a la vez de su familia, siendo madre y mujer a la vez, para algunos, lo único que han conseguido las mujeres es tener que demostrar delante de más frentes su valía, ante ellos ser una buena profesional y establecer una línea divisoria entre su vida personal y su trabajo. Sobre este particular algunas asociaciones feministas, manifiestan su disconformidad con este esquema de "supermujer", y cuyo estereotipo arrastra la representación femenina en publicidad. (N. Herrero, 1996) Otros piensan que la mujer publicitaria sólo sirve para anunciar perfumes capaz de rendir a sus pies a los hombres más difíciles.

C.Bañuelos (1994) explica que las imágenes publicitarias sólo crean problemas de identidad y de aceptación de la propia imagen, y nos alejan patológicamente de la normalidad. Los publicitarios se excusan en la exhibición de mujeres maravillosas y perfectas, presentando ideales estéticos que son inalcanzables para la inmensa mayoría de las personas, por otro lado nos dice como también se difunden informaciones sobre lo no aconsejable para la salud, y como la publicidad nos atemoriza con el colesterol, las grasas, los aditivos, pareciendo que no podemos comer nada porque todo mata, o porque todo va en contra del cuerpo perfecto.

El término medio, es la solución a una publicidad a veces exagerada y que responde a una figura publicitaria del derecho que es "la exageración publicitaria"<sup>67</sup>. En el estudio de la publicidad, cabe destacar según el profesor Lema Devesa, catedrático de Derecho Mercantil, esta figura publicitaria que no es ilícita y no aparece recogida en nuestra Ley General de Publicidad. El límite de la buena y mala publicidad no es más que la expresión de la ética en un trabajo como éste, en el que es normal como en todo que se cometan abusos, sin que por ello deban pagar aquellos que bien actúan.

#### **V.4.8. JUGUETES PROADELGAZAMIENTO Y PUBLICIDAD.**

Lo que sí es incuestionable es que el mundo del niño se ha visto influido por juguetes casi para mayores a una edad en la que no se puede discernir si algo que se presenta es bueno o malo, y en la cual se están interiorizando los valores que conformarán la personalidad en la adolescencia y juventud. Desde las populares *Barbies* e imitaciones, pasando por los complementos de estas muñecas, entre los que se encuentra el salón de belleza de *Barbie*, o la *Barbie* maquillaje, hasta juegos de dietas, están imbuidos de este desenfreno de adelgazamiento. No podemos resistir la tentación de relatar una anécdota curiosa a propósito de la famosa muñeca y su salón de belleza. En cierto momento unas niñas de 6 y 7 años, jugaban con su *Barbie* y salón de belleza; habían amarrado con unas cintas, su muñeca a la camilla de masajes que contenía el conjunto del juguete; me extrañó la situación y pregunté por qué habían atado a la

<sup>67</sup>La exageración publicitaria responde a la desmesura publicitaria sin ánimo de engañar sino que todos percibimos aquello en el contexto publicitario como una exageración y por tanto no afecta a nuestro comportamiento de consumo. Por ejemplo si vemos un coche volar, no creemos que es realidad sino que enseguida percibimos el recurso utilizado posiblemente para destacar la ligereza del vehículo.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN

**V.4 LA PUBLICIDAD**

V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA. PANORAMA ACTUAL.

muñeca a la camilla y una de ellas contestó: "para que no se mueva mientras le hacemos la cirugía estética".



**Foto 5**

Puede resultar penoso como niñas tan pequeñas están tan imbuidas del espíritu estético y se disponen a adelgazar más a una muñeca cuyas medidas si su estatura fuera 1,65 cm serían aproximadamente 70-40-60. Unido a esta muñeca apareció hace algunos años el famoso vídeo de *Barbie Dance! Workout with Barbie*, dirigido a niñas a partir de los cinco años de edad, en donde la muñeca presentaba una sesión de gimnasia y baile.

La muñeca es hoy en día el anhelo de todas las niñas, en sus múltiples variantes.



**Foto 6**

Se adaptan a todos los gustos, incluso se coleccionan, desde que nació hace cuarenta años, e incluso ha sido la musa para algunos diseñadores importantes como Chanel, Yves Saint-Laurent, Carolina Herrera, Dior... Una muñeca cuarentona con cuerpo de veinteañera que nació como réplica de un juguete alemán de la posguerra llamada Lili similar a las prostitutas de posguerra según Salomon (1994) (citado en J.Toro, 1996).

En el mes de marzo de 1999, se presentó en España una nueva muñeca de pelo rubio y aspecto esquemático, con piernas de alambre y brazos de igual grosor, llamada la *BETTY SPAGUETTY*, la cual ante las polémicas generadas con los temas relacionados en torno a los TCA, ha levantado los ánimos contrarios de colectivos de padres y asociaciones sensibles al tema, como propagadora de las enfermedades de la alimentación, que aquejan a las jóvenes.

La existencia de otros juegos de mesa, a medio camino entre el Monopoly y el Trivial, cuyo contenido es la información dietética, es otro elemento a tener en cuenta para analizar. El juego llamado "*Dietas*", presenta preguntas relacionadas con el peso, el consumo de calorías y el aporte energético de los alimentos, siendo muy peligroso para

jóvenes sensibles a esta polémica que podrían ser afectados de un trastorno alimentario y que sobre todo dan ideas y potencian estas conductas.

J. Toro (1996) recoge algunas de las preguntas que se contienen en el juego:

*"¿Cuántas calorías por minuto quema una mujer acostada?"*

*¿Qué contiene menos calorías un muslo de pollo de 150 gramos frito o una pechuga de 150 gramos frita?*

*¿Cómo tengo que ingerir 100 gramos de patatas para ingerir menos calorías? ¿asadas al horno o hervidas?"*

Como vemos la sutileza de las preguntas es mucha y las respuestas difíciles pero curiosas, por supuesto gana quien pierda peso y pierde quien engorda.

En general, aunque estos solo sean algunos ejemplos de la presión cultural en relación con el peso que hoy en día se padece y que se extiende a la infancia y juventud, hemos de percatarnos del problema que estos elementos peligrosos incluso para mayores, relacionados con la salud, se mezclan con los juegos infantiles, en la tierna edad del desarrollo de la personalidad.

En la actualidad los jóvenes y los niños están siendo acosados por los deseos de perder peso que antes era sólo propio de los mayores, unido a que los niños tienden a materializar por imitación las costumbres de sus padres, no es de extrañar que chicas/os de cinco y siete años estén creando imágenes contrarias al desarrollo del cuerpo y el miedo a la obesidad. Hoy en día la esperanza de frenar la cultura de la delgadez, es inculcar valores diferentes y más saludables en los niños y jóvenes, el problema es que si en sus juegos, los fabricantes piensan como personas mayores sin ponerse en el lugar del niño, nunca conseguiremos cambiar la conciencia social respecto de la delgadez y la adoración del cuerpo que hoy sufrimos. Si no somos capaces de hacer remontar la educación de nuestros jóvenes desde pequeños, no es de extrañar que existan enfermedades como estas que nos ocupan, ya que si el niño no demandara estos juguetes y no se mantuviera esta adoración por las muñecas tipo *Barbie*, la publicidad no las presentaría en sus anuncios. Algunos dirán que los niños piden estos prototipos porque lo ven en la publicidad, pero no olvidemos que los productos se elaboran antes de hacer su publicidad y que la publicidad trabaja sobre el producto acabado, por otra parte el fabricante no hace juguetes por hacer, sino que investiga las



preferencias sociales de los más pequeños para conocer cuales son sus gustos y que es lo que demandan, tanto para crear nuevos juguetes, como para modificar los ya existentes, a propósito de esto relataremos un hecho característico que manifiesta como la cultura de la delgadez se está llevando en los últimos años al extremo. Pondremos el ejemplo de un juguete que aun existe hoy, se trata de la muñeca *Nancy*, a muchos no le sonará porque el protagonismo actual es para *Barbie*, pero hace unos quince o veinte años aproximadamente, la muñeca de moda era la popular *Nancy*. Esta muñeca era un juguete de unos cincuenta centímetros de alto, de complexión robusta y piernas fuertes, de cara agraciada y pelo largo que se podía peinar, y que tenía como la actual *Barbie* trajes, complementos para jugar y su novio *Lucas*. Como ya se puede intuir esta muñeca era mucho más gorda que la moderna *Barbie*, la cual hace en la actualidad las delicias de las niñas.

Lo más característico de todo, es que en la actualidad existe aun esta antigua o no tan antigua, muñeca *Nancy*, robusta y fuerte, que ha sido adelgazada hasta el extremo copiando la estética de la actual *Barbie*, que es la que indiscutiblemente se lleva todos los laureles. Así es y así ha pasado igualmente en otros juguetes que han evolucionado con el tiempo, sin olvidar por supuesto y aunque sea salirnos fuera del tema de los juguetes, el actual adelgazamiento del muñeco *Michelin*.

#### **V.4.9. PUBLICIDAD. FACTORES SOCIALES y TCA.**

Llegados a este punto sería necesario casar las variables relacionadas con los factores sociales que inciden en los adolescentes incluida la publicidad, con los trastornos de conducta alimentaria viendo las aproximaciones hechas hasta el momento con el propósito de relacionar estos elementos.

Es de destacar que los principales y más recientes estudios realizados en España con estos fines están a cargo del Dr. J. Toro (Jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona). En el propósito de estas investigaciones se encuentra la creación de una herramienta que fuera capaz de medir en las pacientes cual era la influencia de los factores sociales, para lo cual se realizó el cuestionario CIMEC (Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal).

En este cuestionario, probada su validez a través de análisis factoriales se percibe la presencia de cinco factores predominantes que explican la mayoría de varianza. Confirmándose la importancia de los factores sociales sobre la anorexia, el citado cuestionario CIMEC 40, en su aplicación diferencia el grupo enfermo del sano, y según su autor,

*"...por primera vez, (...) se ha realizado un intento de evaluar las influencias socioculturales concretas en los trastornos alimentarios por medio de un cuestionario."* (J. Toro. 1995)

En el citado cuestionario se preguntaban por ítems directamente relacionados con la publicidad, de los cuales sólo uno no resultó significativo en el análisis; se infería de esto que las enfermas estaban más influidas por la presión publicitaria que el resto. En cuanto a los mensajes verbales se percibió lo mismo, y los otros factores incidían en la visión de la sociedad desde la perspectiva de la enferma frente a las niñas sanas.

Debido a esta investigación vemos como los factores sociales son influyentes en la anorexia lo que nos llevaría a centrarnos en las posibles relaciones causales de la publicidad, la información verbal y los posibles modelos estéticos corporales por una parte y la anorexia por otro. La fuerte implicación de los factores sociales en los TCA, no debe excluir la posibilidad de influencia de los otros factores, como son las influencias familiares y los aspectos psicológicos de las niñas. Por otra parte se percibe que las diferencias entre elementos del contexto social como son la influencia de las amigas no es diferente para las enfermas y las sanas, así como tampoco hay diferencias entre las enfermas y sanas respecto a las familias y su trato e influencia. La publicidad es por tanto según se revela uno de los aspectos más diferenciadores debido a la mayor sensibilidad y exposición a estos estímulos una vez que la enfermedad se adueña de las jóvenes. En cualquier caso con nuestro trabajo intentaremos verificar la validación o falsedad de estas afirmaciones.

En otros estudios dedicados a la comprobación de tales influencias se vuelve a describir la relación de la publicidad como factor mantenedor y a diferencia del anterior artículo analizado (Toro y cols (1994,1995) también como factor inductor de un TCA ya que en los estudios, Toro y cols 1996) se comprueba que existen algunos ítems del CIMEC (Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal), que correlacionan significativamente con ítems del EAT (Eating Attitudes Test) el cual sirve

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
 V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
 V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

para diagnosticar los TCA a partir de las respuestas dadas a una serie de preguntas, relacionadas directamente con una supuesta sintomatología alimentaria.

Se llegó a la conclusión de que uno de los ítems del CIMEC (Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal), ("¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes anuncios dedicados a ello"?) correlacionaba con muchos de los ítems del EAT lo que según el autor apoyaba la posibilidad de que la publicidad no sólo actúa como factor mantenedor sino causante de un TCA, ya que la tendencia a la dieta es uno de los más claros indicadores más proclives a un TCA.

Es posible analizar a través de algunos datos la incidencia y alcance que pueden tener en los adolescentes los elementos publicitarios, para ello nos remitimos a algunos datos, tras la aplicación del cuestionario CIMEC (Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal), aplicado por el doctor J. Toro y su equipo en Cataluña, en donde en la actualidad existe una fuerte preocupación por la epidemia de los TCA, puesto que el número de enfermos ronda los veinticinco mil sólo en esta provincia.

En general al 42% de los jóvenes analizados, les llamaba la atención los anuncios publicitarios que anunciaban productos adelgazantes. El 38% se sentía atraído por los mismos de las revistas, el 40% recordaba frases e imágenes de productos "light". El 64% se sentían atraídos por imágenes de chicas en vaqueros o en ropa interior. Del 30% al 60%, la publicidad les causa un fuerte impacto y un 17% se sienten muy atraídos por las imágenes. El cuanto a la influencia en el consumo, el 40% deseaba seguir una dieta adelgazante al verlo en publicidad, el 29% deseaban beber bebidas adelgazantes al ver el anuncio, el 35% deseaba usar cremas adelgazantes, así como el 23% presenta angustia ante los anuncios que invitan a adelgazar.

Teniendo oportunidad de ver como está elaborado el cuestionario, y manteniendo todo el rigor investigador de su autor hay que destacar que las preguntas del CIMEC(Cuestionario sobre influencias del modelo estético corporal), no comparan los aspectos directamente relacionados con aspectos culturales de otros de tipo familiar o psicológico así como no comprueba, si la verdad de las respuestas sobre publicidad, pueden ser contrastadas con el recuerdo publicitario, para poder asegurar la influencia mayor de la publicidad, ya que sólo se estudian los posibles efectos de ésta, sin compararlos con otros elementos del contexto sociocultural que pueden confundirse con la categoría de publicidad y que conforman informaciones de otros tipos que no

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V.1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V.2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V.3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
**V.4 LA PUBLICIDAD**  
V.5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
V.6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA: PANORAMA ACTUAL.

responden a la definición publicitaria, por lo que aunque los datos son representativos permitámonos tratarlos con reservas.

Del mismo modo vamos a apoyar las dudas que tenemos sobre esta posible influencia directa de la publicidad como causante y mantenedor de los TCA, no tanto en datos estadísticos como haremos más adelante, sino en los ecos o repercusiones que tiene el tema de la publicidad y sus anuncios entre la sociedad. La manera de pulsar mejor la disconformidad de la gente ante la publicidad, en lo referente al adelgazamiento es ver las quejas reales que existen hasta el momento y que son presentadas ante los organismos competentes, por una parte la AAP (Asociación de Autocontrol de la Publicidad) que recoge las quejas de la Organización de Consumidores y Usuarios, de las administraciones y de particulares, y por otro del Instituto de la Mujer, en lo que respecta al *Observatorio de la Publicidad* que realizan con el fin de estudiar los estereotipos femeninos en la publicidad.

## V.5. LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA

En este epígrafe usaremos expresiones como leyes, normas, decretos, etc. Sin querer entrar en profundos vericuetos legales, explicaremos cual es el "escalafón" de las diversas normativas españolas para ver su importancia. También queremos recordar que al ser España miembro de la Unión Europea; también existen ámbitos legales que emanan de la legislación europea y que afectan a nuestro marco jurídico.

Desde el punto de vista español (y en el ámbito de la salud que nos ocupa), el ámbito legislativo principal es la Ley. Como desarrollo de los aspectos de una ley aparece con rango inferior el Real Decreto. Detallando la interpretación del contenido de un real decreto, se establece la Orden y finalmente existen normas legales de menor entidad (resoluciones, etc.). También existe una serie de documentos que sin ser vinculantes legalmente (no se pueden considerar como legislación), sirven para expresar públicamente la interpretación que los organismos y administraciones públicas dan a ciertos aspectos de una determinada norma: son las circulares.

Desde el punto de vista de la Unión europea, nos interesan básicamente dos tipos de normas: los Reglamentos (que son normas de obligado cumplimiento en todos los estados miembros y que no es necesario su transposición -adaptación- a las normas nacionales) y las Directivas (que son normas de obligado cumplimiento en todos los estados, pero que previamente han de ser transpuestas a legislaciones nacionales, en el caso de España normalmente como Reales Decretos). La posibilidad de transposición de una directiva a la legislación española, quiere decir que respetando los aspectos básicos de la propia directiva, es posible que un estado miembro (en este caso España) al hacer su norma interna, puede añadir al texto de la directiva algunos aspectos de interés específico en su estado. Este tema de la transposición tiene cierta lógica y aunque no todos los estados miembros tienen una idiosincrasia y estructuras comunes. Pensemos p.ej. que una directiva reglamentase el tema de los dulces; es evidente que la variedad de dulces en España (y en cada provincia española) es tan grande y a su vez tan distinta a la de otros países europeos, que si no existiera esta posibilidad podría acabarse con la singularidad.

### **V.5.1. EL CONTROL DE PUBLICIDAD EN EUROPA.**

Los sistemas de autodisciplina son moneda corriente en los países de la Unión Europea y fuera de ésta. En 1937 la Cámara Internacional de Comercio, comenzó una tarea de coordinación para establecer una base común de creación de desarrollo de los sistemas de autodisciplina en España, treinta y tres países cuentan ya con un organismo privado de autocontrol.

Durante estos años, las recomendaciones de la Cámara, a través del Código de Prácticas leales en Publicidad han descubierto campos como la publicidad infantil o juvenil, medicamentos, bebidas alcohólicas, envases, viajes organizados, publicidad inmobiliaria, etc.

El Código de Prácticas Leales en Publicidad tiene tanto prestigio que lo tienen en cuenta en sus sentencias los tribunales de justicia de Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania y Noruega entre otros países, con larga tradición en el control publicitario.

La Asociación de Autocontrol de la Publicidad en España, es miembro de la European Advertising Standard Alliance (EASA). Esta fue constituida en 1991 y su objetivo radica en reunir a todas las organizaciones de autocontrol publicitario de los diferentes países europeos. Este organismo representa los intereses de sus miembros y persigue promover sus objetivos ante la Comisión Europea. Se ocupa entre otras actividades de la resolución de quejas transfronterizas.

En el debate sobre la regulación de las actividades publicitarias en Europa (Libro verde de la Comunicación Comercial, Directiva sobre publicidad engañosa y comparativa) se está reservando un papel destacado a la autorregulación y su instrumento europeo (EASA). Por otra parte, la labor de los organismos de autocontrol de la publicidad comienza a ser valorada por los poderes públicos. La resolución del Consejo de Europa de 18.2.72 sobre protección de los consumidores, recomienda a los estados miembros, la creación de organismos de la publicidad y la cooperación de estos con los organismos públicos y las asociaciones de consumidores.

En este sentido, la Directiva 97/26/ CE sobre publicidad engañosa y publicidad comparativa, considera que junto a los instrumentos administrativos y/o judiciales de cada estado miembro, se debe instaurar, para procurar la cesación o rectificación de la publicidad engañosa, otros organismos autónomos. *“Los controles voluntarios ejercidos por organismos autónomos para suprimir la publicidad engañosa pueden evitar el recurso a una acción administrativa o judicial y que por ello deberían fomentarse”.* La Directiva 97/26/ CE

Del mismo modo, La Ley General de Publicidad, aprobada por el Parlamento español en 1988, *“establece las normas de carácter procesal que ha de regir en materia de sanción y represión de la publicidad ilícita, **sin perjuicio del control voluntario de la publicidad** que al efecto pueda existir, realizado por organismos de autodisciplina”, L.G.P.1988.*

### **V.5.2. AUTOCONTROL DE LA PUBLICIDAD**

La asociación española de Autocontrol de la Publicidad está compuesta de anunciantes, agencias, asociaciones y medios que voluntariamente se someten al control de sus publicidades antes de que salgan a la luz con el objeto de regular la actividad teniendo en cuenta unos principios fundamentales.

Esta asociación fue creada el 13 de junio de 1995 con el objetivo de defender y velar por las buenas prácticas publicitarias en el mercado español. En España, se acercan a ciento ochenta, las normas de todo rango que protegen la regulación de la publicidad. El autocontrol publicitario no pretende ser sustitutivo del control legal, sino servir de complemento, incluso evitar por innecesaria la profusión de normativas restrictivas. Mediante la autorregulación publicitaria, los consumidores pueden beneficiarse de una mayor protección respecto al contenido de los anuncios publicitarios y las empresas encuentran un cauce para dirimir las controversias en relación a la lealtad en la competencia.

Sus fines y objetivos son:

Dirimir controversias y resolver reclamaciones provocadas por una determinada actuación publicitaria, que puedan afectar a la competencia desleal o al consumidor

Elaborar códigos de conducta tanto generales como sectoriales.

Elaborar dictámenes o informes sobre cuestiones publicitarias.

Colaborar con las Administración pública, organismos públicos e instancias para conseguir que la publicidad se ajuste a normas .

Configurar y contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la legislación española sobre publicidad.

En conjunto lo que consigue además de la autodisciplina es la transparencia de empresas éticas y la posibilidad de solucionar extrajudicialmente conflictos.

Existen una serie de entes que pueden ser susceptibles de reclamar ante el jurado de Autocontrol de la Publicidad entre los cuales están, las empresas o asociaciones empresariales, los consumidores o asociaciones de consumidores, la administración. Los sectores sobre los que actúan y que son miembros son: alimentación y bebidas alcohólicas, animales domésticos, combustibles y construcción, comercio, hostelería y restaurantes, juguetes, maternidad e infancia, productos financieros, productos de higiene y limpieza, productos terapéuticos, publicaciones, sonido, imagen y electrodomésticos, tabaco, automóviles y transporte.

Autocontrol de la Publicidad puede mediar en la resolución de conflictos por los motivos siguientes, por publicidad engañosa, por el respeto al buen gusto, por casos de publicidad discriminatoria, publicidad de tono excluyente, imitación y aprovechamiento del prestigio ajeno, por principio de legalidad, por publicidad denigradora, respeto al medio ambiente y derecho al honor.

El conjunto de productos que puede incluir a los productos adelgazantes y susceptibles de adelgazamiento de los anteriores nombrados son los productos terapéuticos, siendo estos los que más se acercan al tema que nos ocupa. En el caso de productos del cuidado al cuerpo que prometen aquello que no cumplen estaríamos ante el caso de publicidad engañosa que luego analizaremos.



La asociación ha elaborado un **código deontológico** de conducta publicitaria aprobado con fecha del 19.12.1996

Aunque ya hemos observado que dentro de los anunciantes, agencias, medios que componen los miembros de la asociación sólo existe un pequeño número de laboratorios farmacéuticos que indirectamente pueden relacionarse con los productos adelgazantes o relacionados con la estética, en el código deontológico se recogen algunos principios que frenarían las prácticas publicitarias del tipo que nos ocupa.

1. Hasta el momento las derivaciones del código relacionadas con estos temas son varias, aunque debido a la Mesa Sectorial celebrada por el Ministerio de Sanidad en el mes de abril de 1999, la asociación se comprometió a incluir un artículo más específico a propósito de regular las formas y mensajes que pudieran incitar a las prácticas poco saludables de los jóvenes, aunque no se habla concretamente de los trastornos de la conducta alimentaria o de temas directamente relacionados con los TCA, se contagia del espíritu general de protección de la salud de los más jóvenes. Por otra parte no existe ningún punto o artículo en el que se recoja la voluntad de prohibir imágenes que fomenten la delgadez extrema, lo que para muchos es más importante que la protección de la salud. El acordado artículo se hizo efectivo con la inclusión del número 29 o de protección de la salud, aprobándose así el nuevo código de conducta el 14 de abril de 1999, con la nueva inclusión, en los siguientes términos.

"F. Protección de la salud.

29. La publicidad evitará incitar a sus receptores, en especial a los adolescentes, a la adquisición de pautas/comportamientos que puedan resultar nocivos para su salud."

2. Al principio del código, en el número tres, se refiere a la buena fe, en cuyo artículo se dice que *"la publicidad no deberá constituir nunca un medio para abusar de la buena fe del consumidor"*, en donde se podrían incluir las esperanzas que en la publicidad manifiestan algunos de estos preparados para el adelgazamiento, que prometen aquello que no cumplen y que los consumidores esperan.

3. En el punto número ocho prohíbe las prácticas peligrosas y de seguridad el cual dice que *"la publicidad no deberá mostrar o alentar prácticas peligrosas salvo cuando lo haga en un contexto en que precisamente pueda deducirse que fomenta la*

*seguridad"*. Por tanto, aunque el espíritu del artículo se refiere a la seguridad física por el desempeño de actividades peligrosas, también se recoge aquí la raíz del uso de algunos productos farmacéuticos, que siendo peligrosos para la salud, ponen en evidencia la seguridad de los mismos.

4. En el apartado C de la Declaración, el artículo trece, responde al principio de veracidad. *“La publicidad no deberá llevar a conclusiones erróneas en razón de la inexactitud de los datos sustanciales contenidos en ella, así como tampoco por su ambigüedad, omisión u otras circunstancias. En particular deben ser exactas y susceptibles de prueba por el anunciante las menciones relativas a:*

*13.1 las características de los bienes, actividades o servicios tales como:*

*a) Origen, denominación o procedencia geográfica.*

*b) Naturaleza.*

***c) Composición y especificaciones.***

*d) Condición de disponibilidad.*

*e) Modo y fecha de fabricación, suministro o prestación.*

*f) Novedad (...)*

***g) Resultados de la utilización del bien o del uso del servicio.***

***h) Resultados de ensayos o controles de los bienes o servicios.***

***i) Riesgos derivados de la utilización del producto"***

Como vemos aquellos productos de origen dudoso deben ser susceptibles de cumplir los principios anteriores del Código Deontológico.

5. En cuanto a las normas sobre determinadas formas y técnicas publicitarias.

En el artículo catorce se refieren a que “(...) *la publicidad podrá recoger los términos “garantía”, “garantizado”, “certificado” o palabras con el mismo significado a condición de que se explique con precisión el alcance y contenido de la garantía*”.

6. En el artículo dieciocho, hablan de la publicidad testimonial, en algunos casos muy característica de los productos adelgazantes, recordemos el caso de Concha Cuetos en el anuncio de *Biomanán*. Se refieren a la publicidad en los siguientes términos. *“Cuando la publicidad incluya recomendaciones y/o testimonios, esto es aseveraciones de personas ajenas al anunciante y que no actúan como portavoces de éste, sean o no retribuidos, deberá responder a la verdad (...)”*

7. Al final de la declaración se expone un apartado E) de protección de niños y adolescentes. El objeto de este apartado como era de esperar no tiene nada que ver con los trastornos de la conducta alimentaria y lo que esta publicidad pueda influir en ellos, pero sí recoge algunos elementos paralelos.

*“Artículo 26. La publicidad dirigida a niños deberá ser extremadamente cuidadosa (...) La publicidad dirigida a los niños o adolescentes, o susceptibles de influirles, no deberá contener declaraciones o presentaciones visuales que puedan producirles perjuicio mental, moral o físico”.*

Como hemos visto la publicidad debe cuidarse si especialmente los adolescentes y niños son el público objetivo, pero igualmente si aun no siendo público objetivo son susceptibles de ser influidos, por lo que aquí pudieran tener cabida no sólo los anuncios infantiles, sino aquellos que nos ocupan y que transmitan valores de los cuales hoy en día se aprovecha la juventud y los hace suyos como pueden ser el valor de la estética y el cuidado del cuerpo.

En el último párrafo igualmente se explicaba como el perjuicio debe ser tenido en cuenta tanto si es moral como si la influencia daña la mente o el cuerpo, como es el caso de los trastornos del comportamiento alimentario que inciden directamente en las dos esferas.

En España estamos asistiendo en la actualidad al proceso de sensibilización de la opinión pública bajo la triste conciencia de casi quinientos mil casos de enfermos de TCA, las propuestas parlamentarias empiezan a ver la luz y

asociaciones como ADANER (Asociación en defensa y atención de anorexia nerviosa y bulimia) se hacen eco de la novedad.

Además de Autocontrol de la Publicidad, existe otro organismo al cuidado del consumidor. **LA ORGANIZACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (OCU)**, que también ha sido abanderado de las voluntades de los consumidores descontentos que han denunciado las publicidades susceptibles de ser engañosas que se difundían; o bien actuando directamente esta organización, si percibía alguna anomalía en las manifestaciones publicitarias de cualquier tipo. En cualquier caso si se ocasiona un efecto no deseado, se podrá denunciar el producto ante las autoridades sanitarias y de consumo, al igual que si la publicidad se considera engañosa, pudiendo ser denunciada por una asociación de consumidores que, según la vigente ley de publicidad, está legitimada para pedir a los tribunales de justicia, la rectificación o cesación de la publicidad.

Un ejemplo a este respecto, es el caso de la retirada en Televisión, concretamente en Tele 5, de la campaña de publicidad del tratamiento adelgazante llamado "*Rosa dei Venti*", tras haber sido comunicado a través de nota de prensa a La cadena y al Ministerio de Sanidad y Consumo desde la OCU, su carácter engañoso y sus riesgos para la salud, así como su alto precio. El efecto fue fulminante y la Cadena retiró la publicidad instantáneamente. OCU Compra Maestra (1993).

En líneas generales las leyes sobre protección de consumidores presentan cierta confusión, como se explicaba en unas jornadas realizadas por la Universidad de Rioja y el Parlamento regional, criticando la excesiva complejidad de la legislación española: "*las normas legales se solapan y no está clara la delimitación de los derechos*". En conclusión se cierra con un general despiste, que juega en contra del interés ciudadano. Se reconoció, sin embargo, que los tribunales se basan últimamente "*en el principio de protección del consumidor*" y la mejor conclusión a la que se llegó fue que "*hay que simplificar las leyes sobre consumidores*". LA RIOJA (1997).

### **V.5.3. LA REGULACIÓN Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR**

#### **V.5.3. 1. PRODUCTOS DIETÉTICOS**

En cuanto al tema específico del empeño de todos porque adelgacemos, no existe una serie de iniciativas firmes, que actualmente estén en la línea de la regulación para mentalizar a la sociedad de la necesidad de no presionar con el culto al cuerpo.

Como hemos observado no hay una definición legal para los productos milagro. Pero generalmente se entiende como PRODUCTO MILAGRO aquel al que se le atribuyen una serie de propiedades sobre el organismo sobre las que no se ha demostrado por medios científicamente válidos que pueda producirlos y por tanto que no se ha sometido a los sistemas legales de autorización como medicamento, cosmético o producto sanitario; intentado evitar el control sanitario que se le debería aplicar por las propiedades atribuidas; mediante sistemas que eviten cumplir dichas leyes y aprovechándose de lo limitado del control existente sobre la publicidad en ciertos medios de comunicación. Muchas empresas e individuos, consideran excesivamente exigente la normativa que avala los productos de uso sanitario, en especial la de los medicamentos o en otros casos quieren que en España se empleen criterios sanitarios equivalentes a otros países no europeos (p.ej. como Brasil u otros países de sudamérica, o incluso Estados Unidos); sin darse cuenta que nuestro sistema legal sobre temas sanitarios tiene una gran tradición (casi siglo XIV) como para tener unas bases sólidas de criterio; frente a sistemas sanitarios de estos países cuyos orígenes tienen una menor cobertura científica. Es curioso que en una época que tanto se ha modernizado y que haya basado su experiencia en un largo pasado; de pronto se vuelva a criterios ilógicos y sobre todo no científicos.

Todos somos conscientes de la gran cantidad de dinero que se mueve en salud y en la moda del culto al cuerpo y la necesidad perentoria de querer vivir más, con un buen aspecto a toda costa; y sobre todo lograrlo sin esfuerzo. Por eso es un objetivo importante de empresas más o menos serias el intentar enriquecerse lo antes posible; presentando productos que prometen el "oro y el moro" de la salud o de la belleza.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

**V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.**

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL

Normalmente cuando se va a comercializar uno de estos productos, la empresa o interesado lo que suele hacer es buscar una vía legal simple para conseguir algún tipo de autorización; y luego crea una agresiva publicidad atribuyendo al producto propiedades que nada tienen que ver con lo que ha presentado o comunicado a las autoridades sanitarias.

A modo de ejemplo, supongamos que deseamos vender un producto compuesto de almidón, piel de fruta y un colorante del que diremos en la publicidad que es el adelgazante definitivo (sin dietas, ni ejercicio, ni pasar hambre). Para ello creamos un envase bonito y lo presentamos ante la administración como alimento ya que sus componentes entran en la definición legal de alimento (así el registro es muy simple, ya que sólo es una anotación). Una vez presentado como alimento, empezamos la agresiva publicidad con personajes populares o usando el truco de utilizar supuestos clientes a los que le ha ido bien. Si en vez de adelgazar, pensamos en productos para quitar arrugas milagrosos crece pelo en los calvos, productos para "no envejecer", la lista sería interminable.

A todo lo anterior se está sumando ahora una nueva moda, el atribuir a los alimentos ciertas propiedades fisiológicas distintas de las propiamente nutritivas. Es cierto que muchos alimentos en su composición aparte de nutrientes tienen muchas sustancias que poseen efectos farmacológicos. Pensemos p.ej. en el ajo, la cebolla o el propio tomate, que aparte de nutrientes poseen sustancias que ayudan a prevenir ciertos tipos de cáncer o problemas. Está claro que lo que buscaríamos en el alimento es una acción medicinal (recordar de nuevo que un medicamento también es el que previene una deficiencia). Al fin y al cabo cuando se comercialicen galletas que contengan ciertas vacunas (como ya está en estudio) o golosinas con antiinflamatorios, ¿tendremos que dejar de considerarlos como medicamentos y aceptarlos como alimnetos? serán medicamentos, aunque su forma y/o apariencia sea de un alimento.

La clasificación de los productos milagro es difícil y proponemos algunas variantes:

**Productos cuya composición no justifica las propiedades atribuidas:**  
 pensemos que un producto con menta se nos presenta como afrodisíaco.

**Productos con elementos en su composición que podría justificar sus propiedades, pero que no se ha presentado correctamente a la Administración:** p.ej. pensar en un producto con guarana (vegetal con un 5% de cafeína y que estimula como un consumo excesivo de café) que se publicita como alimento.

**Productos de terapia exótica y originales:** aromaterapia, uso de gemas en pulseras tibetanas, pinzas de oreja para adelgazar, imanes, etc.

Los productos milagro se podrían clasificar por su composición, por las propiedades, por sus mecanismos de acción, etc, la idea no es en ningún momento el rechazar cualquier posibilidad terapéutica. La solicitud es que toda propuesta de terapia se someta a un estudio científicamente válido y teniendo en cuenta su posible destino o características. Se debe exigir un control equivalente para garantizar su calidad en la fabricación y que esté bajo el control médico-farmacéutico adecuado, cuando su destino sea la salud humana.

La irrupción de estos productos empezó a causar multitud de problemas a las autoridades sanitarias, se produjeron problemas por ciertas interpretaciones formales de la ley, retrasos en las posibilidades de actuación de las Administraciones. No siempre hemos de pensar que se obra de mala fe ya que otro problema es que al existir muchas normas, ante la gran variedad de productos de uso sanitario es fácil que una empresa o particular, sin la asesoría de un profesional sanitario-legislativo pueda saber dónde ubicar su producto. Por eso los legisladores, establecieron una normativa que por fin pudiera clarificar qué se puede y qué no se puede decir o comercializar. Porque anteriormente se tuvo que editar una maraña de circulares según iban apareciendo fórmulas y productos.

En cuanto al tema que nos ocupa independientemente de los órganos que velan por las prácticas publicitarias y refiriéndonos a las **normas existentes**, hacemos presente a nivel general el semivacío legal para controlar las alusiones a productos adelgazantes, tan solo una norma microbiológica y las normas sobre etiquetado que relataremos, ocupan este vacío, dejando al margen elementos como el control de aspectos de la calidad de los nutrientes, de la cantidad de proteínas, grasas o hidratos de carbono, tampoco hay referencias en cuanto a la presentación y el contenido calórico,

controlando que en los envases no se ponga el peso que se puede perder, debiendo explicar en cuanto tiempo se notarán los efectos.

Del mismo modo el borrador de la Directiva Europea de Alimentos Dietéticos, regula que el consumo mínimo de calorías por comida de estos productos estará en torno a las doscientas setenta y cinco y cuatrocientas calorías (novecientas a mil doscientas calorías diarias) y eliminar de la publicidad alusiones a falta de apetito, encontrarse satisfechos etc. Según la reglamentación del etiquetado de los preparados dietéticos para regímenes (OCU- Compra Maestra.1993), los elementos que deben estar presentes son:

La denominación de venta y características del producto.

La cantidad, fecha de duración y condiciones de conservación-utilización.

La identificación del fabricante, envasador o vendedor.

La composición cualitativa y cuantitativa que caracteriza al producto.

El valor energético, contenido graso, hidratos, proteínas y cantidad recomendada.

El modo de empleo.

Se prohíben las denominaciones como ***adelgazante, rejuvenecedor, saludable.***

Se prohíbe el fomento del consumo con concursos o regalos promocionales.

Más reciente el control de los productos adelgazantes, laxantes y diuréticos, ha sido objeto de propuestas parlamentarias a instancias del Grupo Parlamentario Socialista en la Proposición no de ley sobre medidas para afrontar la creciente problemática referente a los enfermos con trastornos alimentarios<sup>68</sup> y de la misma manera objeto del debate generado en torno a la Mesa Sectorial que se ha desarrollado en el año 1999 se instó a la aplicación del Real Decreto sobre publicidad engañosa y "productos milagro" RD 1907/1996, de 2 de agosto y cuyas conclusiones fueron presentadas ante el Senado.

<sup>68</sup> Esta proposición contiene el n° expediente 161/000344) presentada por el Grupo Parlamentario Popular y publicada en el BOCG, Congreso de los Diputados" Serie D, núm. 97, de 5 de febrero de 1997. En la misma se hace referencia a la elaboración del protocolo de tratamiento, a la prevención, desarrollo de programas de educación y control de la publicidad en que se referencia medicamentos y productos adelgazantes.



### **V.5.3.2 ALGUNOS DATOS EUPEOS. Francia y Gran Bretaña**

España como ya hemos intuido se mantiene seguidora de las iniciativas internacionales referentes al control de los productos y técnicas adelgazantes que se publicitan en los medios, pero existe aún una gran confusión al respecto de los productos milagrosos, sin embargo otros países están más avanzados en este control europeo, entre ellos Gran Bretaña.

Fundamentalmente en lo que se refiere a la regulación de los productos llamados "milagrosos", las iniciativas ya han aparecido para su control en algunos países europeos por ejemplo en **Francia**, donde se han tomado medidas serias al respecto de *productos milagrosos*. En el mes de agosto de 1992 se publicó en el Diario Oficial de la República Francesa, equivalente a nuestro B.O.E., un decreto del Ministerio de Sanidad que prohibía la publicidad de muchos productos pseudoterapéuticos, cuya eficacia no se había demostrado científicamente. Algunos de ellos también se comercializaron en España como el sujetador **Mamotec**, el método adelgazante **Sveltaligne**, y **Alternature**, la almohada magnética, entre otros. OCU. Compra maestra (1993).

**Gran Bretaña**, reguló el consumo de los "productos milagro" centrándose en el control de los datos informativos que los acompañan, haciendo constar por ejemplo, concretamente en los productos dietéticos, que tales productos sólo forman parte de una dieta con una supervisión médica y control de los alimentos, para que no se deben sustituir todas las comidas por estos.

La Advertisig Stándar Authority (ASA) organismo centrado en la legalidad, decencia, verdad y responsabilidad social de la publicidad, ha mostrado su preocupación por el desarrollo de los TCA en Gran Bretaña entre los menores de dieciocho años y formuló una declaración de normas para cuidar el control de la publicidad.

Los anuncios de *productos adelgazantes* han sido siempre causa de investigación para la ASA, que detectó que las normas al respecto de productos adelgazantes no se cumplían, lo cual les llevó a la realización de un estudio en 1994 a través del que se descubrió un nivel del problema del 65%, porcentaje significativamente más alto que en otra categoría revisada por la ASA.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES

V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN

V. 4 LA PUBLICIDAD.

**V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.**

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

En enero de 1995, se procedió a la ampliación de las normas al respecto de los productos cuestionados, siendo esta la primera revisión mayor que se hacía a tales preceptos desde 1988, poniendo al día los códigos de publicidad y promoción de ventas con el fin de responsabilizar a la industria y a los profesionales de la publicidad para que realicen anuncios éticamente veraces.

Los principales preceptos se mantuvieron inalterables añadiéndose elementos relacionados con el hecho de no hacer deseable el mantenimiento de un peso bajo y la posibilidad de exigir a los anunciantes la comprobación de que sus planes de dietas son nutricionalmente equilibrados. Cualquier eficacia de productos adelgazantes debe basarse en ensayos rigurosos, los testimonios no sustentados por ensayos no constituyen veracidad. Los anuncios según la ASA, no deberían sugerir lo deseable que puede ser la pérdida de peso inferior al normal. Como vemos la sutileza también se aprecia en esta frase puesto que ¿qué es lo que se puede considerar peso normal?, cuando se quedan al aire los preceptos, la ilegalidad se adueña de ellos.

Los anuncios de centros adelgazantes no deben dirigirse al menor de diecisiete años, ni presentar atractivos elementos para ellos. En este caso los cabos se han atado mejor desde el momento en que se niega la exposición directa o indirecta de estos servicios a los menores, para evitar la aparición de elementos atrayentes para ellos. Aunque en algún momento se deberá limitar la edad de acceso a la información de productos adelgazantes, en una declaración como ésta no debería aparecer la edad límite, puesto que el daño también puede hacerse a chicas y chicos de menor y mayor edad y además y más importante es que la mayoría de las personas afectadas y sensibles a estas patologías, acceden igualmente a medios de comunicación y tienen edades inferiores, ya que es muy difícil controlar la exposición a los medios.

En cuanto a las promesas de la cirugía, la ASA detectó mayor control en la publicidad de esta técnica adelgazante, ante la cual se han sensibilizado los sujetos y los medios, debido a las quejas y a los peligros que conllevan entre otras cosas en cuanto a los resultados y los riesgos de las intervenciones.

Para el ASA, los anuncios deben evitar decir el número de kilos que se puede perder, así como las zonas localizadas de las cuales se pueden perder. Este punto defiende la diversidad de cuerpos y constituciones que existen, ya que la realidad es que el adelgazamiento es difícil de conseguir y una vez que se ha conseguido es difícil de especificar las zonas de las cuales se quiere eliminar más o menos, ya que muchas veces factores genéticos lo impiden.

Está prohibida la difusión de dietas rigurosas que no se pueden anunciar a los usuarios a menos que se supervisen por el médico. De cualquier manera las dietas deben ser eliminadas de los anuncios publicitarios y toda manifestación informativa susceptible de difundirlas, como revista, libros, etc. Si este precepto se aplicara a España, ¿estaríamos tropezando con el derecho español a la libertad de información?.

La ASA por tanto ha exigido que todos los medios observen el código de buenas prácticas publicitarias antes de publicar sus anuncios, ya que se venía observando según los estudios que principalmente los medios escritos no observaban estos preceptos en materia de anuncios adelgazantes. Ahora es más corriente que los medios recurran al código de la ASA, para un mejor control y funcionamiento de prácticas publicitarias.

En las investigaciones realizadas se detectaron las categorías más problemáticas, entre las cuales estaban los **"productos milagro"** como ya habíamos referido, se intentan por ejemplo suprimir frases como *"adelgace mientras duermes"*, *"ninguna dieta, ningún ejercicio"*, *"come lo que quiera y pierda peso"* etc.

Los **"aparatos de gimnasia pasiva y activa"** también han sido directamente observados por la ASA para evitar que se hicieran promesas como *"adelgace de donde lo necesita"* y cualquier manifestación de gimnasia pasiva, como aparatos de ondas electrónicas que disminuyen el músculo y que no tienen evidencia alguna de su funcionamiento. Estos anuncios deben evitar prometer que quemarán un número determinado de calorías que harán perder peso rápidamente y sin dietas, y teniendo en cuenta, que el ejercicio hace perder peso si se equilibra con una dieta adecuada.

Los **"vestidos y prendas"** como cinturones y técnica usadas en los salones de belleza para eliminar grasa son de dudosa eficacia puesto que no eliminan calorías sino agua superflua.

De la misma manera la ASA se preocupó de observar los anuncios que prometían garantías en cuanto a la pérdida de peso cuando desde luego no todos los métodos funcionan de la misma manera para todos, de este punto hay que matizar que el hecho no es que funcionen o no sino que además no perjudiquen la salud seriamente

o que el control de los fármacos y sustancias que se usan en su elaboración, ofrezcan todas las garantías posibles.

La obesidad requiere tratamiento médico, por lo que no se pueden hacer referencias a los obesos en los anuncios, ya que obeso se considera solamente a las personas cuyo índice de masa corporal se establece por encima de treinta y su peso está por encima del 20% de su peso ideal.

Los últimos estudios consultados (1998) de control de la ASA, arrojan un 41% de mejora de aplicación de la norma publicitaria y sólo un 24% de anuncios contrarios al código.

### V.5.3.3 LA REGULACIÓN ESPAÑOLA

**La Ley General de la Defensa de los Consumidores y Usuarios**, en vigor desde 1994, establece como derechos básicos de consumidores y usuarios la protección contra los riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad. Por desgracia, estos preceptos no se aplican de forma tan explícita como en otros países, por ejemplo en Francia y Gran Bretaña, según hemos visto. El Ministerio de Sanidad debería vigilar, que se respete en sentido estricto la **Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios**, y que se regule de forma más eficaz la comercialización de los "productos milagrosos".

Respecto de estos **productos milagro**, la legislación española prohíbe la venta de alimentos, bebidas, dietéticos y medicamentos por correo. Pero la realidad es que vemos anuncios en la prensa, en las revistas, en la radio o en la tele donde a cambio de una cantidad más gastos de envío se comercializan desde unas píldoras o un tratamiento completo de raro talante o unas gotas supuestamente homeopáticas<sup>69</sup>, unos chicles inservibles, o unas hierbas dudosas, que son el origen de la felicidad pero que realmente acaban siendo el origen de unos enormes "agujeros en el bolsillo".

Los productos comercializados como alimentos o dietéticos no pueden presentarse dotados de efectos terapéuticos. Los productos de uso oral o que se absorban por la piel y aleguen propiedades terapéuticas curativas o preventivas sólo pueden dispensarse a través de oficinas de farmacia y otros centros sanitarios

debidamente autorizados. No pueden ofertarse o venderse por correo, catálogo, teléfono, centro de belleza ni a domicilio.

Cualquier compra debe acompañarse del justificante de compra, definir el laboratorio y la dirección correctamente ya que un apartado de correos no identifica al responsable de los productos. Al no ser medicamentos, estos productos en su envase o cartonaje no llevan en el ángulo superior derecho, un número de seis cifras que corresponde al Código Nacional de Medicamentos, en su Publicidad no aparecen la C.P.S. (Control Previo Sanitario) seguidas de un número identificativo, justificando que el anuncio ha sido contrastado, ambos números son otorgados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, y por tanto no ha acreditado ante la Administración la realidad de las virtudes y efectos terapéuticos o preventivos prometidos.

El Real Decreto 1907/96 el cual se centra en el punto fuerte de los productos milagro: la publicidad. Dicha norma lleva un título tan clarificador como: Publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

Esta norma es clara y meridiana en sus expresiones y prohíbe la atribución de una serie de propiedades a productos, sistemas, profesionales sanitarios, etc.; que pueden causar confusión al consumidor. No podemos afirmar que esta legislación sea la panacea, porque siguen apareciendo multitud de productos. Pero ya existe un arma legal y sobre todo una norma que es clara y deja fuera de lugar a duda lo que se puede o no se puede afirmar. Y no es necesario tener un conocimiento farmacéutico-legal excesivamente profundo para comprenderla. Es importante destacar que esta norma va dirigida a la regulación de la publicidad de productos con pretendida finalidad sanitaria, es decir que no abarca la publicidad legal y correcta de medicamentos, cosméticos y/o productos sanitarios (regulados por otras normativas). Por tanto sí está muy definido el ámbito legislativo.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley del Medicamento (Ley 25/90) están prohibidos los remedios secretos, así como cualquier forma de publicidad, promoción o distribución de los mismos (art. 2.1. Real Decreto 1907/96).

<sup>69</sup> Homeopático: que en la curación de enfermedades, se aplican dosis mínimas de las mismas sustancias que en un hombre

Cualquier producto, material, sustancia, energía o método que pretenda fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos, así como su publicidad, deberán cumplir los requisitos y estarán sujetos a las autorizaciones o controles establecidos en la Ley General de Sanidad (Ley 14/86), la Ley del Medicamento (Ley 25/90) y disposiciones que las desarrollan. Por tanto para que sean correctos deberán estar autorizados como medicamentos o productos sanitarios.

Queda prohibida cualquier clase de publicidad o promoción directa o indirecta, masiva o individualizada de productos con pretendida finalidad sanitaria que sugieran propiedades específicas de adelgazamiento o contra la obesidad (art. 4.2. del R.D. 1907/96) así como de productos con pretendida finalidad sanitaria que utilicen como respaldo cualquier clase de autorizaciones, homologaciones o controles de autoridades sanitarios de cualquier país. (art. 4. 5. del R.D. 1907/96).

Se prohíbe publicidad que hagan referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia (art. 4.6. del R.D. 1907/96). Quedan excluidos del presente Real Decreto aquellos preparados destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como los destinados a ser ingeridos, inhalados, inyectado o implantados en el cuerpo humano. (R.D. 1599/97). También se prohíbe publicidad de productos que atribuyan a determinadas formas, presentaciones o marcas de productos alimenticios de consumo ordinario, concretas y específicas propiedades preventivas, terapéuticas o curativas. (art. 4.10. R.D. 1907/96). El etiquetado y las modalidades de realizarlo no deberán ser de naturaleza que induzcan a error al comprador, especialmente atribuyendo a un producto alimenticio propiedades preventivas, terapéuticas o curativas de una enfermedad humana, ni mencionando dichas propiedades (art. 4.1. Real Decreto 1334/99 norma general de etiquetado presentación y publicidad de los productos alimenticios). Estas prohibiciones se aplicarán igualmente a la publicidad (art. 4.2. R.D. 1334/99), especialmente si está sugiriendo que el producto alimenticio posee características particulares, cuando todos los productos similares posean las mismas. (art. 4.1. R.D. 1334/99)

Queda expresamente prohibido a todos los profesionales sanitarios amparar ningún tipo de promoción comercial o publicidad dirigida al público, en que con su nombre, profesión, especialidad, cargo o empleo, respalden utilidades

---

sano producirían los síntomas a combatir.

preventivas, terapéuticas, de rehabilitación o cualquier otra pretendida finalidad sanitaria en los supuestos contemplados en los artículos 2 y 4 de este Real Decreto. (art. 5 R.D. 1907/96).

Queda prohibida publicidad o promoción de productos que sugieran o indiquen que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual. (art. 4.12 R.D. 1907/96) y aquella que utilice el término de natural como característica vinculada a pretendidos efectos preventivos o terapéuticos. (art. 4.13 R.D. 1907/96)

La normativa vigente no significa que no sigan apareciendo continuamente productos que se publicitan con estas propiedades prohibidas, al no tener la autorización. Esta norma ha permitido eliminar algunas dudas sobre la interpretación de las normas y así aclarar a los empresarios de buena fe la situación, aunque siguen existiendo empresas que buscan el más mínimo resquicio, llegando a hacer juegos semánticos, para intentar evadir las normas citadas.

Las Administraciones Públicas Sanitarias (tanto autonómicas como central) están continuamente retirando publicidades y productos de este tipo. Es una tarea que no cesa y de la que muchas veces se desconoce que se realiza. Uno puede suponer que hay una actuación de la Administración cuando de pronto deja de ver u oír determinado anuncio; o cuando de pronto un anuncio cambia en sus expresiones.

También en muchos casos el asunto acaba en los tribunales y mientras el producto ya ha hecho la publicidad y se ha vendido lo suficiente como para que la sanción administrativa o penal que se imponga a la empresa no sea significativa, frente a las ganancias que ha tenido.

Desde luego la mejor actuación sería el conocimiento de los consumidores de sus derechos y en especial una formación sanitaria buena y suficiente para establecer un adecuado criterio. Es loable que muchas televisiones y emisoras de radio tengan programas dedicados a temas sanitarios; sin embargo lo más curioso es observar que en muchos de estos programas es donde se informa de estos productos. O también a ciertas horas de la noche o asociados a programas de máxima audiencia que explotan el morbo.

Precisamente la aparición de Quackwatch.com<sup>70</sup> es una iniciativa para poner en conocimiento de todos estos hechos y situaciones. Hemos de ser los consumidores los que actuemos, para ello lo primero es información. Disponemos de las asociaciones de consumidores y usuarios; de servicios de consumo locales, autonómicos y nacionales, de asociaciones y colegios profesionales (muchos colegios de farmacéuticos provinciales y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos tienen un sistema de vigilancia continua).

Finalmente debemos presionar a nuestras Administraciones para que pongan los medios necesarios y se doten de profesionales inspectores suficientes para actuar. Exigiendo que las leyes se vayan actualizando y se corte de raíz la aparición de productos que no tengan los avales sanitarios necesario y de las enfermedades que potencian como los TCA.

Entrando en el tema de los **productos farmacéuticos**, a veces en estrecha frontera con los productos milagro.

1. Vamos a referirnos someramente al **Real Decreto 2730/1981 de 19 de Octubre**, sobre **registros de especialidades farmacéuticas publicitarias**, y la **Orden de 17 de septiembre de 1982** por la que se desarrolla el anterior.

Se consideran pues *especialidades farmacéuticas publicitarias* las aconsejadas para el tratamiento de síndromes y síntomas menores, dispensables sin receta médica y de uso inofensivo para el usuario. En su composición llevará exclusivamente principios activos permitidos por Orden Ministerial, deberán dispensarse en Farmacia, aliviarán síntomas secundarios y no se podrán administrar por vía inyectable, deberán presentar claramente sus componentes, así como el prospecto en lenguaje claro, pudiendo incluir dibujos aclaratorios. Cualquier alteración será supervisada por la Dirección general de Farmacia y Medicamentos.

2. La **Orden de 10 de diciembre de 1988**, regulará los **mensajes publicitarios referidos a medicamentos y productos sanitarios, especialidades farmacéuticas publicitarias de uso humano, dentífricos, anticonceptivos, gasas, apósitos, preparados de plantas medicinales tanto de registro especial como si no,**

<sup>70</sup> Quackwatch.com: "Your Guide to Health Fraud, Quackery, and Intelligent Decisions"



siempre que aleguen propiedades terapéuticas. Todos deberán observar los criterios de veracidad, de identificación y de lealtad sanitaria y correcto uso.

Es obligatorio, que se denominen como lo refleja la OMS (1988) en sus Denominaciones Comunes Internacionales (DCI), deben decirse las propiedades más relevantes del producto, contener las expresiones generales de su uso, por ejemplo, "analgésico" y la expresión "ver composición", no perjudicarán al público en su confianza, diciendo las advertencias principales y recomendarán la consulta al médico o farmacéutico e inducirán a la lectura detenida de las instrucciones o prospectos.

**3. La Ley 14/1986, de 26 de abril, General de Sanidad**, explica en su artículo 27 que **la Administración Pública, deberá realizar un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad, y eliminar aquello que pueda ser perjudicial.**

**4. También la ley 25/1990 de 20 de Diciembre del Medicamento**, contempla **la prohibición de publicidad de fórmulas magistrales y preparados oficiales**, en el apartado c) de su artículo 7. Así como incluye la referencia a la **Autorización previa** para realizar publicidad de medicamentos que se debe solicitar a la Administración y cuyo apartado será desarrollado a través del **Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio** por el que se regula **la publicidad de los medicamentos de uso humano**, en términos similares a como lo hizo la Ley de Sanidad y particularmente como lo hizo la orden de 10 de diciembre de 1988. El decreto de 1994 explica en su artículo 22 que **los medicamentos deben tener autorización Administrativa previa por la Dirección General de Farmacia y productos sanitarios.**

**5. También se ha regulado el etiquetado y prospecto de los medicamentos** a través del **Real Decreto 2236/1996 de 17 de diciembre**, y muy someramente y haciendo especial hincapié exclusivamente en el contenido calórico de los alimentos, **se ven regulados los productos dietéticos junto a los productos especiales de tipo, leches para bebés entre otros, en el Decreto 2685/1977 de 16 de octubre.**

**6. Otras herramientas legislativas son por ejemplo el Código Deontológico referido a las especialidades farmacéuticas publicitarias y creado por la Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias**, cuyo objeto es controlarse a sí mismas en los términos dispuestos por las legislaciones vigentes.

7. También está la **Directiva Europea 92/28/CEE del consejo de 31 de marzo de 1992**, relativa a la **publicidad de los medicamentos para uso humano**, que pretende aunar los criterios comunes a todos los estados miembros debido a la dificultad de coincidir en todos ellos en los mismos términos y que relata sus artículos en la misma línea de la legislación española.

Nuestro propósito no es el de hacer revisión exhaustiva de leyes sobre medicamentos y productos adelgazantes, pero sí que es importante demostrar que aunque las herramientas, más o menos útiles existen, se pierden en divagaciones poco concretas respecto al tema central, el control del adelgazamiento y la lucha contra el negocio lucrativo y el perjuicio de la salud. El negocio, si es rentable, esperemos que el control de las autoridades también lo sea, tanto para controlar este "mercadillo de adelgazamiento", como para regular los nuevos que vayan saliendo, entre ellos las últimas investigaciones dirigidas a las pastillas contra la obesidad.

#### **V.5.3.4 LEGISLACIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL**

Huelga justificar la presencia de estas normas en nuestro trabajo, siempre que estemos hablando de adelgazamiento y que los alimentos se mantengan tan unidos a este deseo adelgazante e imperioso de nuestra sociedad, porque entre otros medios, los alimentos son la herramienta de la educación nutricional, y cuanto mejor especificadas estén sus etiquetas, más completa y fiable será la información que aporten a jóvenes y adultos. En general aunque muchas de estas características del etiquetado ya se intuyen de lo dicho, vamos a referirnos ahora a la normativa comunitaria sobre el etiquetado nutricional que entró en vigor con carácter obligatorio con la **Directiva 79/112/CEE** y que ha sido convenientemente modificada hasta el momento, entrando en aplicación en 1992 en España.

El interés nutricional de las personas por los nutrientes y los alimentos que ingerían ha conducido en la década de los ochenta a la inclusión de la información de carácter nutricional en los alimentos de tipo voluntario por los fabricantes, lo que hizo que estos especificaran aquello que les interesaba y omitieran lo que no querían comunicar. El 24 de septiembre de 1990 se adoptó el proyecto propuesto en 1988, de una Directiva relacionada con el etiquetado de productos y propiedades nutritivas de los alimentos, y que como hemos adelantado fue incorporada al ordenamiento jurídico español mediante el **Real Decreto 930/1992 del 17 de julio**.

El etiquetado debe aplicarse a todos los productos alimenticios, excepto a las aguas minerales y a los complementos alimentarios.

El etiquetado nutricional tiene carácter voluntario excepto cuando figure una declaración de propiedades nutritivas, tanto en el etiquetado como en la presentación o publicidad de los mismos. Si en la presentación se hace referencia por ejemplo a que el alimento lleva "hierro y 8 vitaminas", el etiquetado nutricional detallado sí es obligatorio.

Existen dos clases de etiquetado, uno en el que aparecen el número de calorías y la cantidad de grasas, hidratos y proteínas, y otro en el que además se añade el desglose de los elementos como por ejemplo los azúcares, los ácidos grasos saturados, las fibras, etc. La lista puede ser desglosada opcionalmente aún más si se quiere.

En la Directiva no se definen las fibras ni se recogen exhaustivamente todos los nutrientes que se pueden incluir en los alimentos, por lo que los fabricantes juegan con esta posibilidad, estando exentos de especificarla en su etiqueta. Por ejemplo si un envase pone "exento de sodio" debe remitirse al etiquetado obligatorio porque este componente está recogido en la lista de complementos que deben ser especificados, pero sin embargo si lo que pone es "sin sal" está libre de obligación detallada. Igual sucede con minerales y vitaminas no recogidas en tal listado como el flúor, cobre, entre otros. Sólo pueden aparecer las cantidades de vitaminas, minerales y otros si están presentes en más del 15% de la cantidad diaria recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Entre estos elementos no debe olvidarse la fecha de caducidad, la forma de conservación, información nutricional, categoría comercial del alimento: primera, segunda..., el peso neto y escurrido, y el número de unidades del envase, además de la forma de preparación del producto. Aunque no es obligatorio es aconsejable especificar el número de calorías por cada producto para controlar la ingesta de estos alimentos en la dieta, el problema es que aunque las cantidades recomendadas para especificar el valor energético son los cien gramos o cien ml, normalmente el consumidor ingiere porciones de distinto peso para lo que debe realizar una serie de cálculos que deberían incluirse en el etiquetado y que hoy aparecen en muy pocos productos. (OCU-Compra-Maestra,1996)

Con el fin de actualizar la citada Directiva, el comité científico de la alimentación humana, estableció las Ingestas nutricionales y energéticas para la población europea, que se encuentran incluidas en su 31º informe publicado en 1994. A pesar de lo cual aun no se ha actualizado el anexo de la mencionada directiva anterior, tampoco ha sido abordada la cuestión de la definición de fibra alimentaria, ni la especificación de un sistema analítico oficial para todos los alimentos.

El etiquetado debe evolucionar hasta conseguir aclarar la confusión que existe con la Directiva Europea anterior, ayudar a los consumidores a elegir sus dietas equilibradas, y para ello el etiquetado deberá hacerse obligatorio en todos los productos, por medio de uno estándar, fácilmente comprensible, donde estén detallados los principales nutrientes, que especifiquen las cantidades recomendadas según los hábitos de la población y el valor energético por ración. Para ello deberán definirse los términos especialmente para las personas que quieren o necesitan moderar su ingesta, en este sentido en España, ha surgido la proliferación de alegaciones como "ligero", ante lo cual se estableció en la Comisión Interministerial para la Ordenación Alimentaria en 1991, que la reducción debe ser como mínimo del 30% de su valor energético para llevar este adjetivo.

Sería conveniente que aunque no es legal medicalizar los alimentos, se incluyeran las alegaciones necesarias referidas a algunas enfermedades directamente relacionadas con algunos alimentos sin explotar o comercializar con dicho mensaje, por ejemplo determinar claramente la relación del azúcar con la diabetes en un producto, sin decir que mejorará el estado del enfermo diabético tanto si se consume, como si se dice que no se consuma.

También es necesario normalizar las unidades de medida más comunes, como por ejemplo una taza, una cucharada, un litro, y especificar claramente su capacidad y correlación en otras medidas.

Aunque parece que la evolución es lenta por el momento, si no es por iniciativa quizá la adaptación venga por necesidad, ya que según la revista ANS, (Alimentación, Nutrición y Salud) (1999), los organismos de control americanos (FDA) han establecido muchos de estos requisitos y condiciones alimentarias, las cuales serán exigidas para los productos importados de otros países entre ellos los europeos, con lo cual obligará a la adaptación simultánea hacia los nuevos adelantos en este sector.

### **V.5.4. LA LEY GENERAL DE PUBLICIDAD**

La norma publicitaria por excelencia en España es nuestra Ley General de Publicidad de 1988.

La citada ley en su artículo 2 define el concepto de publicidad como,

*"Toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, artesanal, industrial, o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta, servicios derechos y obligaciones".*

En la LGP(Ley General de Publicidad)<sup>71</sup>, se estudian casos de publicidad como la publicidad ilícita y que se recogen en el título II de la misma, de este título ha tomado especial relevancia la **publicidad engañosa** y que según este artículo 4 de la Ley, se considera como tal,

*"La publicidad que de cualquier manera incluida su presentación, induce o puede inducir a error a sus destinatarios, pudiendo afectar a su comportamiento económico, o perjudicar o ser capaz de perjudicar a un competidor. Es así mismo engañosa la publicidad que silencie datos fundamentales de los bienes, actividades o servicios cuando dicha omisión induzca a error de los destinatarios".*

La tipificación novedosa en la legislación del delito publicitario dentro del Código Penal, nos remite a este delito desde la percepción de que no es más que la ampliación de responsabilidades del artículo 4 de la Ley de publicidad, es decir de la publicidad engañosa.

En el artículo 3 se determinan las características de la publicidad ilícita y sus modalidades; entre las que aparecen:

**1. La que atente a la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución especialmente en lo que se refiere a la juventud, la infancia y la mujer.** Después se tipifican como ilícita la publicidad

<sup>71</sup> A partir de ahora la Ley General de Publicidad se llamará en abreviatura con las siglas de LGP.

engañosas, desleales, subliminales y la que infrinja lo dispuesto en la normativa que regule la publicidad de determinados productos, bienes, actividades o servicios.

2. Otras normativas como La Directiva de "Televisión sin fronteras" dice, en su artículo 11, que la publicidad y la televenta no deberían incluir elementos discriminatorios por raza, sexo, o nacionalidad. Nuestra ley de Transposición de la Directiva en el artículo 9.1 afirma que

*"(...) es ilícita, en todo caso, la publicidad por televisión que fomenta **comportamientos perjudiciales para la salud o la seguridad de las personas** o para la protección del medio ambiente; atente al debido respeto a la dignidad humana; a las convicciones religiosas y políticas; o discrimine por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, nacionalidad, opinión, o cualquier otra circunstancia personal o social".*

En cuanto a los temas que nos ocupan sería importante destacar como ninguna manifestación publicitaria debe actuar en contra de la salud o la seguridad de las personas, y que no debe ser objeto de discriminación cualquier manifestación de publicidad, por cualquier causa personal o social, entre las cuales podemos incluir la de ser obeso o delgado por condición genética, o elección.

3. En el primer punto, *"que atente a la dignidad de la persona(...)"*, se recoge la publicidad sexista o aquella que ataque la dignidad de la mujer como objeto sexual o en inferioridad hacia el hombre. Debemos destacar que si este punto guarda la publicidad discriminatoria, a la mujer; según sentencia del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de ibi de 3 de marzo de 1992, en la que se juzgaban anuncios sexistas de juguetes, el artículo de la ley ya peca de discriminatorio respecto del hombre. En los mismos términos este artículo ha sido adaptado por organizaciones femeninas como abanderado de sus propósitos, como por ejemplo el Instituto de la mujer, que en su Observatorio de la publicidad de 1998, recoge la definición de publicidad ilícita, destacando de la siguiente manera la mención femenina.

*"La que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente en lo que se refiere a la infancia, la juventud y LA MUJER."*

La publicidad engañosa por otra parte se cumple si se dan las siguientes circunstancias; para que así sea, debe inducir a error a sus destinatarios y confundir al consumidor perjudicando su comportamiento económico. Por tanto si son susceptibles de inducir a error a los destinatarios, es posible que los argumentos sean falsos ante lo cual según el artículo 29 de la LGP, el juez puede exigir del anunciante las pruebas necesarias para su defensa, lo cual se ha aplicado con escrúpulo en los casos de publicidad de productos terapéuticos o de relación con el cuidado corporal y la estética, algunos casos relacionados con los beneficios del agua imantada han sido objeto de discusión ante la LGP considerándose publicidad engañosa por ser insuficientes las pruebas aportadas por los anunciantes.

4. Dentro de la definición de publicidad engañosa se incluye el engaño por omisión de los argumentos necesarios para que el consumidor elija, esta modalidad se recoge en la segunda parte del artículo 4 de LGP, hasta el momento se han analizado muy pocos casos de publicidad engañosa por omisión puesto que se entiende que el sujeto es reticente ante la publicidad y desconfía de las promesas.

5. **La publicidad encubierta** no aparece como una variante sino que aparece indirectamente presente en la publicidad engañosa cuando se dice que la publicidad no debe inducir a error al destinatario ni siquiera a través de su presentación, de la misma manera en el artículo 11 de la LGP, se explica que el anunciante en su publicidad debe tener presente este mismo carácter publicitario para no interferir en las cogniciones del sujeto, por este motivo cuando se realiza una campaña publicitaria por ejemplo con un formato de noticias y se presenta por un conocido presentador televisivo en el lateral izquierdo aparece normalmente la palabra "publicidad". Para nuestros propósitos es muy importante, la acotación de publicidad encubierta desde el momento que muchas informaciones sobre adelgazamiento y muchas fotos de revistas responden a esta forma de publicidad, lo que resulta como acicate para la mayor confusión entre la publicidad legal y lo que se entiende por información, que no es publicidad según su definición, y que no cumple la condición del pago por parte del anunciante porque ante todo es información, en ocasiones el pago sí se hace efectivo bajo formas encubiertas de publicidad.

6. La tercera modalidad de publicidad ilícita es la **publicidad denigratoria** aquella que provoque el descrédito de un competidor o de sus productos o servicios, con independencia de que las alegaciones recogidas ahí fueran verdad o no y que

tropezaba con el artículo 9 de la **Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal** que permite la excepción si se dice la verdad.

7. Para resumir encontramos en este artículo además la **publicidad confusionista, adhesiva, y la cláusula general**. La segunda modalidad de publicidad desleal presente en la LGP es la confusionista definida en el artículo 6.b)LGP, conforme al cual es publicidad desleal

*"La que induce a confusión con las empresas, actividades, productos, nombres, marcas u otros signos distintivos de los competidores".*

Cabe señalar además que las ideas publicitarias son libremente apropiables; y por esta razón, solo cabe calificar como desleal la imitación de la exacta y concreta forma de plasmación o exteriorización de estas ideas. (caso de NIVEA que fue acusada por la demanda (desconocida marca de crema) de apropiarse de la caja azul tradicional en la crema, el juez dio la razón a la popular marca NIVEA)

8. Según el artículo 6.c LGP, es **publicidad comparativa** cuando no se apoye en características esenciales, afines y objetivamente demostrables de los productos o servicios, o cuando se contrapongan bienes o servicios con otros no similares o desconocidos, o de limitada participación en el mercado. El 22 de noviembre de 1999, se aprobó por el Gobierno el Proyecto de Ley de modificación de la Ley General de Publicidad, con la novedad de incluir el "artículo 6 bis", dedicado íntegramente a definir determinados supuestos sobre la publicidad comparativa.

9. Junto a estas se definen en el **artículo 7** de la LGP la **publicidad subliminal** y en el **artículo 3** de la LGP **otras formas que son recogidas en legislaciones especiales** y que afectan a la publicidad indirecta de tabaco y alcohol así como a los **patrocinios televisivos** de estos productos.

#### **V.5.4.1 EL DELITO PUBLICITARIO**

Según J. de la Cuesta Rute (1998) se trata de un delito enteramente nuevo que no tiene antecedente legislativo en España. Por tanto en su interpretación no vale aludir a los antiguos códigos ni a la doctrina jurisprudencial.



El artículo que recoge al mismo en el nuevo Código Penal es el 282 en el cual se dice:

*“Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a dieciocho meses los fabricantes o comerciantes, que en sus ofertas o publicidad de productos o servicios, **hagan alegaciones falsas o manifiesten características inciertas sobre los mismos**, de modo que puedan **causar un perjuicio grave y manifiesto a los consumidores**, sin perjuicio de la pena que corresponde aplicar por la comisión de otros delitos”*

La referencia más cercana está en el proyecto del Código Penal de 1980 en el artículo 342

*“Castiga al que intencionadamente hiciera en la actividad publicitaria falsas alegaciones sobre la naturaleza , composición, origen o cualidades sustanciales de los productos o servicios anunciados, capaces de inducir por sí mismos a grave error al consumidor”.*

El anteproyecto de 1983 también explicaba en el artículo 279.1

*“El que intencionadamente hiciere en la actividad publicitaria alegaciones falsas sobre la naturaleza, composición, virtudes o cualidades sustanciales de los productos o servicios anunciados capaces por sí mismas de inducir a grave error al consumidor”.*

En el 279.2 establecía un caso agravado cuando *“se tratase de **publicidad de sustancias alimenticias, medicamentos**, viviendas u otros objetos de primera necesidad o destinados al consumo infantil”.*

Es importante la presencia del delito publicitario, ya que la naturaleza de la publicidad sobre todo de productos adelgazantes exige un control exhaustivo y serio que hasta el momento no existía, y que como hemos visto más arriba supone un caso agravado si el delito se comete cuando se trata de alimentos o medicamentos por su cercanía con la salud del cuerpo, íntimamente unida a la salud psicológica en los TCA.

El enfoque penal de la publicidad engañosa ha tenido acogida en toda la legislación comunitaria, ya que ha sido siempre tratada desde la perspectiva civil, siendo indiferente que se haya llegado a producir un daño o perjuicio, y el remedio siempre ha sido la cesación o rectificación de esa actividad ilícita. Esta variante es la que se mantiene en la legislación española recogida en la Ley de 1988 y en el antiguo Estatuto de la publicidad de 1964, completados con la ley de Competencia desleal 3/1991 de 10 de enero. Hasta este momento si el perjuicio de la actividad de la publicidad engañosa es patente y cuantificable se acogía al artículo 1902 del Código Civil.

La cuidada preocupación administrativa por el consumidor nos lleva a la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios 26/1984, de 19 de julio. En su artículo 8 se contiene como *“la oferta, promoción o publicidad falsa o engañosa de productos será sancionada y perseguida como fraude”* por lo que se le da a la publicidad engañosa una dimensión Administrativa que la obliga a emitir sanciones y no penas privativas de libertad.

En el artículo del nuevo Código se estima como sujeto activo y por tanto aquel sobre el que recae la responsabilidad criminal, a los fabricantes o comerciantes que en beneficio de sus productos o servicios hagan publicidad. No vamos a entrar en disquisiciones legales a propósito de la condición de fabricante (que de entrada queda excluida) o comerciante (más dudosa) de la agencia de publicidad. En los textos legales preparatorios no aparecían dudas al respecto, que en el texto definitivo se han planteado.

Según J.M. de la Cuesta Rute y L. Rodríguez Ramos hay que tener cuidado con la supervisión de los trabajos realizados por las agencias puesto que la responsabilidad penal no recaería sobre ellas sino sobre los administradores, anunciantes. En el tema de las acciones recogidas en el precepto, se mantiene en concordancia con el artículo dos de la Ley General de Publicidad, que cualquier manifestación publicitaria pueda ser susceptible de aplicación de la ley.

Pero en el Código no se especifican los elementos en virtud de los cuales se va a permitir la interpretación del engaño puesto que a diferencia del derecho comparado, y de los proyectos de 1980 y 1983 no se especifican las características en virtud de las cuales se aplicará la ley penal. Se interpreta en este caso que las características serán paralelas a las contenidas en los proyectos de 1980 y 1983 y por otra parte en el derecho comparado, o sea las referidas a cualidades sustanciales de los productos o servicios.

En el presente artículo en estudio no aparece la extensión a la publicidad engañosa por omisión, presente en la Directiva Europea, por lo que la omisión no es susceptible de delito penal. Como el legislador no especifica, se entiende que las acciones u omisiones imprudentes sólo se castigarán cuando expresamente lo disponga la Ley en su artículo 12 del Nuevo Código Penal. En cualquier caso para que la aplicación del delito penal sea efectiva debe ser susceptible de producir engaño y perjuicio real al consumidor por lo que aunque el daño real no se haya producido debe ser capaz de probar la posibilidad efectiva de ser susceptibles de engaño y por tanto tener certeza de la misma, porque si no hay engaño cierto no hay perjuicio. Los productos sometidos a control administrativo previo como el caso de los farmacéuticos ya llevan filtrados las omisiones o errores que previas a la difusión podrán ser captadas.

El artículo 282 protege y está inequívocamente orientado a la protección de los posibles consumidores de productos o servicios objeto de la publicidad, para ello hay que conocer cual es la definición de consumidores por lo que la referencia se hará según J.M. de la Cuesta Rute hacia el artículo 1.2 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, puesto que el término no aparece definido en esta ley. En cualquier caso la referencia efectuada al buen funcionamiento del mercado como bien jurídico protegido abre el abanico de que el perjuicio potencial o real que se pueda hacer a los consumidores podrá ser en sus derechos económicos, de salud o/y seguridad.

En cuanto a la aplicación de responsabilidades, la ley en este artículo que analizamos está incluyendo un comportamiento doloso puesto que afirma que el fabricante debe ser consciente de su engaño, por lo que si no existe dolo o "mala fe" y si culpa estaríamos ante un caso no delictivo penalmente.

En general la publicidad engañosa puede dar origen a la acción conjunta de infringir otros derechos y a cometer otros delitos como aquellos contra la salud pública recogidos en los artículos 362 y 263 del nuevo Código Penal, y que por tanto daría origen a la existencia de otras responsabilidades además de las devenidas por publicidad engañosa.

La pena será privativa de libertad, inferior a dos años que puede ser eliminada si se dan los requisitos del artículo 81 del nuevo Código:

1º que se haya delinquido por primera vez

2º que se satisficieron las responsabilidades civiles manifiestas o hubiera declarado ante el juez la imposibilidad de hacerlo. La pena multa es de dinero, satisfecho en función del sistema días-multa<sup>72</sup>

En el art. 288 se exponen una serie de disposiciones comunes para el delito publicitario desorbitadas para el delito publicitario.

### CONCLUSIONES

En general se puede afirmar en primer lugar la imprecisión de la ley en su interpretación y el desorbitado cargo dado a la publicidad engañosa, elevada al rango de delito penal. En cuanto a las imprecisiones que se ven, se resume:

1. Inconcreción a la hora de ver a quien pertenece la responsabilidad penal.
2. Indeterminación de las piezas y soportes objeto del engaño.
3. Indeterminación, si la campaña es una acción o conjunto de acciones.
4. Indeterminación de los conceptos tratados como engañosos.
5. Incertidumbre ante el delito por omisión.
6. Indefinición de los consumidores a los que se protege.
7. Imposibilidad de determinar el perjuicio potencial que se protege.
8. Incertidumbre al aplicar castigos a delitos que se puedan dar conjuntos y se castiguen por separado o no.

<sup>72</sup> Este sistema días-multa consiste en que por cada día de seis a dieciocho meses que el juez sentencie, se pagará una cuota de 200 a 50000 ptas, si no se paga, se quedará sujeto a un día de prisión por cada dos cuotas no pagadas que puede cumplirse en régimen de fin de semana o haciendo algún trabajo para de la comunidad.

## **V.6. EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**

### **PANORAMA ACTUAL**

Hasta el momento han sido pocas y desacertadas las iniciativas creadas en torno a los TCA, debido al desinterés de las autoridades, y al desconocimiento del alcance de estas enfermedades en la nación. El control de las actividades que tangencialmente se relacionan con estos trastornos, estaba presidido por algunas normas que afectan a la comercialización y publicidad de productos adelgazantes, así como hemos visto, al control del etiquetado.

En mayor o menor medida, unida a otras normas, podemos entender semiprotegido el derecho a la información y comercialización de productos adelgazantes o médicos directa o indirectamente relacionados con el culto al cuerpo. Por otro lado es difícil normalizar el resto de publicidad que se hace sin referencia a productos adelgazantes pero que en algunos casos muestran modelos delgadas y que difunden unos patrones estéticos insalubres.

Centrando el problema de los TCA, estamos ante una situación de abandono que ante la presión ejercida por el número de casos creciente, ha instado a tomar partido en su análisis a las Autoridades.

Anteriormente han existido algunas propuestas e iniciativas de escasa repercusión pero de gran importancia por ser las primeras acciones que hacen intuir la gravedad y preocupación de la sociedad, sus colectivos y empresas; nos referimos a la iniciativa tomada por el grupo socialista de Madrid en 1997, de enviar cartas a todas las agencias y empresarios de ropas de moda entre ellos el director de la firma *Blanco*<sup>73</sup>, alentando de la dureza de la realidad de niñas enfermas de anorexia y bulimia que se sienten identificadas con patrones de mujeres esqueléticas, y pidiendo la reacción por parte de las marcas ante la actual epidemia. (ABC, 1997)

<sup>73</sup> Esta firma se caracteriza en su publicidad, sobre todo en las campañas de 1995-1997, por presentar modelos de excesiva delgadez y aspecto demacrado y ojeroso, con un talante de desánimo y pocas ganas de vivir.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**



Blancofiesta2000

**Foto 7**

Otra de las propuestas parlamentarias en forma de Proposición no de Ley, desarrolladas para el control de los TCA, fue la desarrollada por el Grupo Parlamentario Socialista para afrontar la creciente problemática referente a los TCA, en lo referente a la creación de un protocolo, control y supervisión de publicidad adelgazante y prevención con políticas educativas de salud y hábitos de consumo (5 de febrero de 1997).

Más reciente, marzo de 1999, es la proposición no de ley llevada por el Grupo Mixto al Parlamento español, para que el gobierno, por parte de la secretaría General de Asuntos Sociales, con la colaboración y participación del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Secretaría de Estado de Comercio, se tomen las medidas oportunas para concertar con las empresas y los agentes económicos y sociales de los sectores de moda y publicidad, en el cumplimiento de principios y códigos publicitarios y principios comerciales, que eviten la fuerte presión social que las actuales tendencias de la moda suponen para los jóvenes, especialmente comprendidas entre doce y dieciocho años, también se proponen medidas, tanto legislativas como reglamentarias o

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

administrativas, tributarias o de cualquier otra naturaleza que contribuyan a atenuar la incidencia de la anorexia y la bulimia en los jóvenes. La propuesta se encamina igualmente a la prohibición y persecución eficaz de informaciones fraudulentas sobre dietas milagrosas y planes vertiginosos de adelgazamiento. Como se puede intuir nada de esto se hizo efectivo realmente hasta el momento, quedándose en buenos propósitos.

Actualmente parece ser que la precipitación vertiginosa del número de enfermos y la presión ejercida por asociaciones y familiares, ha puesto de moda los TCA y hasta el momento la Administración no se había preocupado de tomar medidas para evitar estas enfermedades. En presencia de este problema se intenta regular las actividades de la moda y la publicidad principalmente sin poner en riesgo la libertad de empresa reconocida en la Constitución. Los poderes públicos y a quienes compete el cuidado y la defensa de los consumidores, protección de su seguridad y salud, organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y fomentar la educación sanitaria, no pueden quedarse inmóviles ante la sigilosa y persistente amenaza de los trastornos de la conducta alimentaria, frente a las tendencias actuales de la moda, la línea, el cuidado de la estética y el adelgazamiento.

En la actualidad las manifestaciones de buenas intenciones son muchas sin que aparezcan definidos los sujetos o entes a los que le corresponde la actuación, ni los campos en los que actuar para definir las raíces del problema. Las últimas novedades en materia de defensa del consumidor se presentaron a través del plan de acción para el nuevo milenio, de actuación entre 1999 y 2001 que presentó la Comisión Europea sobre la política de defensa del consumidor. Presentado como una comunicación al Consejo y al Parlamento Europeo, y en ella se habla de la promoción de la salud y la seguridad, además de un respeto hacia el comportamiento económico de los consumidores. Se hará especial hincapié en el etiquetado de los productos y la revisión de los criterios en materia de seguridad infantil e información a cerca de los mismos. Se destaca muy especialmente y en relación al tema que nos ocupa la creciente preocupación por las consecuencias de los "productos milagro", relacionados directamente con el adelgazamiento. La orientación de la Comisión es hacia investigar la normativa y facilitar una mejor regulación en lugar de complicar el panorama con nuevas legislaciones (AAP, 1999).

Todas estas tentativas que demuestran la creciente preocupación por estos temas y que ponen de manifiesto la necesidad de actuación, han generado una

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

capacidad de reacción materializada en la "Mesa Sectorial sobre TCA"; desarrollada a instancia del Ministerio de Sanidad y Consumo, y de su Dirección General de Salud Pública, los cuales vistos los datos epidemiológicos relativos a la incidencia de los TCA así como la preocupación social hacia este problema, que se percibe como susceptible de incrementarse con el tiempo, decidió constituir una Mesa, para abordar los factores, que tuvieran alguna relación desde el área social, con los TCA.

El objetivo era proceder al análisis de la situación y no a definir medidas o actuaciones administrativas de obligado cumplimiento. Lo que se pretendió es la generación de dinámicas sociales, códigos de prácticas, recomendaciones, que obtengan un buen nivel de seguimiento en los sectores implicados, una vez que estos estén persuadidos del problema y conozcan cuales son las circunstancias del mismo que pudieran estar relacionadas con su actividad. Por una parte los especialistas médicos explicaron los aspectos relacionados con la enfermedad y su pronóstico. Se constató pues, la imprescindible implicación de la sociedad, así como que los objetivos que se pretenden conllevan metas a largo y medio plazo y los diferentes sectores explicaron la voluntad de actuación desde sus entornos. La publicidad que estaba representada el 27 de marzo de 1999, en la Mesa sectorial, promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por la Asociación Española de Anunciantes (AEA), la Asociación Española de Agencias de Publicidad, (AEAP) y a Asociación de Autocontrol de la Publicidad (AAP), tomaron partido en la necesidad de redimensionar el nivel de responsabilidad de la actividad publicitaria sobre cuestiones de TCA, que se derivan de tendencias sanitarias, sociales y culturales, que valoran y acatan estereotipos sociales de culto a la belleza del cuerpo. (AAP,1999).

En reuniones posteriores de la Mesa sectorial celebradas el trece de enero y veinticinco de noviembre de 1999, la industria publicitaria no reconoció salvo en casos aislados, que pudiera ser causante de los trastornos alimentarios, ya que los anuncios no presentan modelos hiperdelgadas en mayoría, sino *"cuerpos bien nutridos y estéticamente bellos"*, por otra parte las asociaciones presentes argumentaron que se trataba de un problema causado a nivel social por los estereotipos conocidos desde hace ya bastante tiempo, relacionados con la belleza exterior. En todo caso las asociaciones manifestaron su responsabilidad y su intención de modificar desde su propia actividad aquellos aspectos que puedan contribuir a frenar comportamientos que fomenten conductas atentatorias de la salud.



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
 PANORAMA ACTUAL

**El Consejo General de Colegio de Farmacéuticos de España** por su parte, propuso disponer un dispositivo de vigilancia de información a la hora de dispensar diuréticos y laxantes a población de riesgo. **La asociación de Agencias de modelos de España**, prometió la máxima difusión de sus recomendaciones a las modelos, su supervisión médica, el alejamiento de las imágenes de extrema delgadez y la no-colaboración con empresas que manipulen las tallas.

**La Asociación de agencias de publicidad** se comprometió a distribuir recomendaciones y directrices a sus asociados y a la creación de una campaña publicitaria que fue presentada en diciembre de 1999. El lema de la campaña es "**come bien para vivir mejor**" a través de la cual se pretende concienciar a la población de la importancia de la alimentación sana, intensificar las acciones respecto a la anorexia y la bulimia, para llevar al convencimiento de que es imprescindible la implicación general de la sociedad para superar el problema. Para su elaboración se contó con la colaboración de expertos de las Sociedades Españolas de Psiquiatría, Pediatría y Endocrinología y Nutrición, con el fin de ayudar a los enfermos hacia su curación y a los no enfermos a la sensibilización y prevención. Ha sido creada por la Asociación de empresas de publicidad, y financiada por la Asociación Nacional de Grandes empresas de distribución, y la colaboración altruista de los medios que la difundieron.

**La Asociación de Autocontrol de la Publicidad**, prometió la creación de un nuevo artículo para su código, sobre aquella publicidad que pueda incitar a mantener y crear malos hábitos de alimentación, ya que como ya analizamos el único artículo de referencia más cercana era aquel referido a la protección de menores, niños y adolescentes frente a elementos dirigidos directa o indirectamente para ellos que pudieran causar daños psicológicos, físicos o morales, y que estaba contenido en su código deontológico. El nuevo artículo recoge el espíritu debatido en la Mesa sectorial a propósito de la protección de la salud, evitando conductas negativas para la misma. (Artículo 29, para la protección de la salud del código deontológico)

**La Federación de Empresas de Confección** se comprometió a poner a disposición del consumidor un amplio abanico de tallas, reestructurar el tallaje y su actualización. En la reunión de la Mesa sectorial del día trece de enero de 2000, la industria de la confección con el patrocinio del Ministerio de Industria, confirmó la realización de un estudio antropométrico de carácter masivo (con una muestra de sesenta mil personas), son el objeto de analizar las medidas físicas de la población

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

española y adecuar así el tallaje de la ropa, a la realidad física de las personas.(AAP, 2000). **La Asociación de anunciantes** por su parte se comprometió a informar sobre la situación planteada a sus miembros e introducir un artículo en su código de autorregulación. **El Consejo de consumidores y usuarios de España, así como el Instituto Nacional de la Juventud, educación y cultura y el Ministerio de Sanidad y Consumo** se comprometieron mutuamente a realizar un seguimiento y a aplicar las decisiones y acuerdos tomados en la Mesa sectorial.

Las conclusiones del debate mantenido, fueron presentadas en informe ante la cámara del Senado de nuestro gobierno, siendo estas las principales líneas del mismo, entre las que se hace referencia general a todos los aspectos que comprueban la naturaleza multicausal de los TCA sin dar relevancia completa a la actividad publicitaria:

1) La anorexia y bulimia son enfermedades multicausales de los países desarrollados, producidas por un desplazamiento de valores sociales, una notable falta de tiempo para el diálogo, un desconocimiento de la nutrición en los adolescentes, profusión de mensajes sobre dietas y productos adelgazantes que llevan a un prototipo de mujer alentado por los diseñadores con modelos andróginos e hiperdelgados como la popular Kate Moss para Calvin Klein, y al aumento de gimnasios sin asesoramiento técnico.



Foto 8. Kate Moss

2) Por otra parte algunas de las recomendaciones fueron las siguientes: Impulsar la creación de un PACTO SOCIAL contra la anorexia y bulimia a fin de que los condicionamientos sociales dejen de ser amenaza para la salud. Algunos acuerdos exponen la necesidad de unificar las tallas y cumplimiento de los reglamentos exigidos, así como la necesidad de eliminar el aspecto físico como criterio para despedir o contratar a alguien, que los creativos y modistos no propaguen la imagen de mujer con peso inferior al normal, evitar

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

que las modelos sean menores de dieciocho años, al cumplimiento de la legislación vigente en publicidad y en programas de televisión, la eliminación de informaciones de dietas dirigidas a menores de edad, aplicación del Real Decreto sobre publicidad engañosa y "productos milagro" RD 1907/1996, de 2 de agosto. Creación de un Observatorio de la anorexia y bulimia donde el ciudadano pueda recabar información, promover campañas de prevención e información a padres, educadores y promover la alimentación sana entre los jóvenes adecuada a su ritmo de vida. Se impulsará desde la Administración realización de estudios de hábitos y calidad de vida de españoles, estudios epidemiológicos de TCA entre otros, se establecerán colaboraciones entre asociaciones de padres afectados y la Administración, la formación de grupos de autoayuda con jóvenes que sean mediadores de las asociaciones juveniles. Conseguir que la educación para la salud sea una prioridad para todos, involucrando a padres en los hábitos de alimentación saludables, mejora la reglamentación de los gimnasios y escuelas de danza y la promoción de los medios de comunicación de mensajes de contenido inteligente y de modelos sociales relacionados con la investigación y el esfuerzo.

El debate generado por la creciente extensión de los TCA ha hecho que los partidos políticos tomen postura ante este evento en el parlamento. El 14 de abril de 1999, el Congreso de los Diputados aprobó tres proposiciones no de ley para el tratamiento de la anorexia. (El Mundo, Diario 16, La Razón y ABC, 1999), Una de ellas del PSOE, por la cual insta al gobierno a estudiar y elaborar una normativa adecuada en materia de las tallas para su normalización así como la obligación de que las prendas importadas del extranjero tengan la talla equivalente a la española claramente especificada, para que todas tengan las mismas medidas independientemente de donde se comercialicen.

La segunda propuesta presentada insta al gobierno a realizar campañas de sensibilización que permitan difundir los riesgos de la escasa ingesta de alimentos, en el mismo texto se invita a los fabricantes a ofertar tallas mayores a la 38-40 para la juventud y termina exigiendo en el seno del Consejo territorial de Salud, que se estudie la posibilidad del fondo para financiar los tratamientos relacionados con los TCA.

La otra proposición aprobada por el Congreso y presentada por el Grupo Mixto insta a que el gobierno medie para evitar que los fabricantes y vendedores de ropa

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**

**PANORAMA ACTUAL**

oferten tallaje suficiente y eviten la contratación de modelos menores de dieciséis años para presentar ropa no dirigida a la infancia.

Insta igualmente a la regulación estricta de la publicidad y venta de alimentos y productos adelgazantes, dietéticos, diuréticos y laxantes y a aplicar la normativa sobre tallaje realizada para las prendas de género de punto en la Orden Ministerial de 12 de enero de 1972.

Se incidió en que la Inspección de Trabajo proteja los derechos de los empleados e investigue a los que valoran la delgadez como elemento curricular y que igualmente revisen los despidos efectuados a causa de este factor.

A propósito de las proposiciones anteriores podemos hacer algunas acotaciones:

En primer lugar es difícil creer que todas estas actividades se lleven a cabo con soltura para lo cual es necesario pedir cuentas al gobierno frecuentemente. Algunos responsables relacionados con la lucha contra la anorexia y bulimia como ADANER (Asociación en Defensa de la Anorexia nerviosa y Bulimia) no confían demasiado en el cumplimiento de estas propuestas ya que según El Mundo, 1999, la coordinadora de esta asociación, explicaba como hace dos años se intentó la regulación de la publicidad y venta de laxantes y diuréticos, así como la formación de profesionales especializados en el tratamiento de estos trastornos, sin que nada se hiciera efectivo realmente.

Desde ADANER, se critica la escasez de datos fiables a propósito de los enfermos de TCA, y se duda de los datos argumentados por las autoridades cuando se dice, que existe entre un 0,5% y un 1,5 % de enfermos entre la juventud, (datos provenientes de las encuestas provinciales realizadas) lo que según el gobierno daría una cifra global de entre cincuenta mil y ochenta mil enfermos; para ADANER las cifras son mucho mayores puesto que rondan los quinientos mil pacientes considerándose a esta patología una de las peores lacras del fin de siglo junto al cáncer, el SIDA y la hipertensión arterial. En ADANER igualmente reciben miles de llamadas de las cuales la mayoría son de enfermos que no han reconocido a nadie su enfermedad y esto debe hacer cuestionar las supuestas encuestas de las que se hablaba antes.

Otras de las cuestiones derivadas de las propuestas de ley, es la iniciativa de la Asociación de Agencias de Modelos, que apuntó la necesidad, para el

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

cumplimiento de estas medidas, de un sistema de sanciones ante su incumplimiento, lo cual no aparece en las proposiciones presentadas.

Sin lugar a duda lo más importante y necesario de las tendencias apuntadas por el Congreso fue la creación de un fondo territorial para alimentar los tratamientos de estas patologías, en la actualidad y según La Razón (1999), existe un presupuesto de trescientos setenta y cinco millones para el tratamiento y prevención de las enfermedades alimentarias, cuya cantidad a juicio de los diputados debería ser incrementada y discutida ante las autoridades.

Además de las anteriores proposiciones se hace hincapié igualmente en que los publicitarios y empresas de marketing eviten la presentación de modelos excesivamente delgadas que no responden a la realidad social de la mujer española, a propósito de lo anterior, y ante la diversidad de tipos y mujeres que existen en nuestro país, deberían ser más específicos en las características que deben reunir dichas modelos porque son elementos de identificación de la juventud. Es muy importante acotar que las presiones sociales y la moda influyen pero no son completa y únicamente las causantes de las enfermedades, las cuales tienen unas raíces patológicas mucho más profundas, como hemos venido describiendo e intentaremos demostrar más adelante.

En la actualidad, hasta el momento en el que se han presentado estas propuestas, los más sensibilizados y preocupados por este tema, aunque no a nivel legal propiamente dicho, sino ejerciendo presión ante las Administraciones, son las asociaciones de padres y enfermos de TCA.

Para poner un ejemplo, en Madrid funciona a nivel nacional, ADANER desde 1991 que fue creada por un grupo de familiares de enfermos. La Asociación en Defensa de la atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia está constituida sin ánimo de lucro con representaciones y delegaciones o grupos de Apoyo en todo el territorio nacional.

Sus fines y objetivos primordiales se recogen en sus Estatutos y son:

Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las/os enfermos/as con TCA.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

Procurar la mejora de la atención a los TCA en nuestro país, tratando de motivar a sectores con capacidad organizativa y medios para ellos.

Contribuir a la difusión de los aspectos relacionados con estos trastornos.

Fomentar la investigación y estudio de los aspectos médicos como sociales, que rodean la vida de las/os enfermos/as.

Su actuación se centra en las **Administraciones** Sanitarias, Estatales, Autonómicas y locales, incidiendo para que desarrollen , organicen y coordinen políticas de atención sanitaria a los enfermos de TCA.

En las **familias** para su orientación y apoyo en la recuperación.

En la **sociedad** formando opinión y participación de la población en general para sensibilizar a la gente de la existencia y cumplimiento de su derecho a la Salud.

De todo lo explicado a propósito de esta asociación como ejemplo, deviene la certeza de saber que los TCA, más que nunca para las personas que conviven diariamente con las enfermedades, son trastornos sociales con un fuerte componente social globalizador y no parcializador de la realidad, culpando a la publicidad o a la moda por separado, para los miembros de ADANER, tiene mayor importancia la parte de emoción y sentimientos de la que son tan deficitarios estos enfermos.

### **V.6.1 OBSERVANDO LA PUBLICIDAD**

En el momento presente, nos encontramos en una encrucijada que divide lo hecho en el pasado y que da comienzo a una nueva era de cambio en lo que a la publicidad se refiere en lo relacionado con el culto al cuerpo. No sabemos aún si los publicitarios efectivamente recogerán el espíritu del que se han imbuido en la Mesa sectorial de Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero todo hace presagiar que la publicidad como manifestación social, tendrá algunos cambios.

Manteniéndonos en la postura de buenas intenciones de las asociaciones relacionadas con la actividad publicitaria, hemos de decir que siempre que la sociedad

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

## V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

## PANORAMA ACTUAL

cambia lo hace la publicidad, por lo que en responsabilidad compartida, los nuevos cambios de opinión de la sociedad respecto a los abusos en torno al cuerpo se reflejarán pronto en las nuevas campañas.

La publicidad como hemos venido argumentando es una actividad sin riesgo directo para estas enfermedades y así lo han manifestado las asociaciones presentes en los recientes debates y que ha quedado ratificado en las conclusiones presentadas ante el Senado. En este mismo argumento se mantienen algunos profesionales médicos como el Dr. Gonzalo Morandé en entrevista personal (octubre, 1997):

*"¿Qué pienso de la publicidad dentro de la génesis de los trastornos de la alimentación? Pienso que juega un papel, jugar un papel no es ser causa, es un medio, la palabra lo dice, medio de comunicación casi lo viene a expresar, pero no es causa sino que es un factor de propagación, de amplificación de un fenómeno patoplástico que está ahí en la sociedad, un fenómeno patoplástico es aquello que hace la enfermedad, puede haber muchos factores patoplásticos en una sociedad"*

Por otra parte y fuera de la opinión especializada tanto de los publicitarios como de los médicos, la opinión pública parece ser contraria al fenómeno publicitario, y nos atrevemos a decir que es producido no tanto por las imágenes que presentan, en la mayoría de los casos cuidadas, sino que esta opinión contraria es debida a lo que en sí conlleva el fenómeno publicitario como actividad que fomenta la venta y que además interrumpe contra la voluntad del espectador los programas.

La prueba de ellos en relación al tema que nos ocupa es el resultado de las quejas y resoluciones realizadas a la Asociación de Autocontrol de la Publicidad durante 1999, y en las cuales no existe ninguna cuyo motivo sea la imagen incitadora a la delgadez de las modelos de publicidad, como propagadoras de malas costumbres alimentarias. Las estadísticas realizadas se resumen así:

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

	1998	1999
1. RECLAMACIONES.....	58.....	196
ANUNCIOS RECLAMADOS.....	57.....	102
A) ORIGEN:		
1.De empresas y asociaciones empresariales.....	15.....	25
2.De consumidores y usuarios.....	40.....	25
3.De las administraciones.....	3.....	9
B) RESULTADOS:		
1.Resueltos por mediación de la asociación.....	24.....	25
2.Decisiones del jurado de la publicidad: .....	33.....	64
Favorable al reclamado.....	22.....	40
Estimación parcial.....	4.....	10
Desfavorable al reclamante.....	7.....	14
3. NO TRAMITADAS.....	0.....	4
4. EN TRAMITE.....	0.....	9
C) SECTORES:		
1. Alimentación y bebidas alcohólicas.....	11.....	14
2. Animales domésticos.....	1.....	1
3. Automóviles y transportes.....	10.....	7
4. Comercio y restaurantes.....	6.....	11
5. Combustible y construcción .....	1.....	4
6. Educación.....	3.....	4
7. Juguetes.....	0.....	10
8. Maternidad e infancia.....	0.....	1
9. Perfumería y cosmética.....	0.....	8
10. Pornografía.....	0.....	1
11. Vestir.....	1.....	0
12. Productos ópticos.....	1.....	1
13. Productos financieros.....	6.....	4
14. Higiene y limpieza. ....	3.....	14
15. Publicaciones.....	4.....	3



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

16. publicidad electoral.....	0.....	1
17. sonido, imagen.....	2.....	1.
18. sanidad y productos terapéuticos.....	5.....	9.
19. servicios postales.....	0.....	1
20. telecomunicaciones.....	3.....	7

**D) MOTIVOS ESTIMADOS POR EL JURADO:**

1. Infracción principio de veracidad.....	15.....	24
2. Abuso de la buena fe del consumidor.....	9.....	11
3. Principio de legalidad.....	1.....	12
4. Publicidad denigratoria.....	4.....	3
5. Disponibilidad de productos.....	1.....	2
6. Publicidad comparativa ilícita.....	1.....	3
7. Explotación del miedo.....	0.....	1
8. Imitación y explotación del prestigio ajeno.....	0.....	2
9. Respeto al buen gusto.....	0.....	1
10. Infracción del principio de Autenticidad. ....	1.....	1
11. Publicidad discriminatoria.....	0.....	1
12. Promociones.....	0.....	5
13. Protección de niños y adolescentes.....	0.....	4
14. Vulneración de principios publicidad en Internet.....	0.....	1

**E) MEDIOS:**

1. Televisión. ....	32.....	55
2. Prensa escrita. ....	18.....	24
3. Folleto publicitario. ....	5.....	10
4. Radio. ....	1.....	1
5. Publicidad exterior. ....	1.....	1
6. Etiquetado y presentación. ....	2.....	2
7. Internet. ....	0.....	2
8. Publicidad estática de bebidas en campo de fútbol..	0.....	7

2. CONSULTAS Y DICTAMENES.....	45.....	146
3. RECURSOS DE ALZADA.....	13.....	20
4. TIEMPO MEDIO DE TRAMITACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES(SALVO RECURSOS) .....	25 días	

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.  
 V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

En relación con los datos anteriores observamos como las reclamaciones que podíamos considerar de similitud con el tema de los TCA son las efectuadas en los sectores de **perfumería y cosmética (ocho reclamaciones en 1999)** y **sanidad y productos terapéuticos (nueve en 1999)** de las cuales según AAP, **ninguna fue promovida por motivaciones relacionadas con los perjuicios que causan los TCA, y sólo una respondía a falsas promesas relacionadas con productos adelgazantes, en Internet.** Los datos demuestran hasta el momento que no existe preocupación generalizada por los anuncios de publicidad en lo que puedan tener estos de propagadores de prototipos del adelgazamiento y del culto al cuerpo, así como en muy escaso grado en los referentes a engaños relacionados con las falsas promesas de productos adelgazantes.

Honestamente debemos decir que son más los anuncios que no responden a la legalidad en lo referente a falsas promesas adelgazantes, pero es significativo como no han despertado la reacción general de los consumidores en cuanto al principio de publicidad engañosa primero y después como práctica de riesgo y perjuicio para la salud de los adolescentes.

En esta aproximación a la realidad publicitaria, hemos diferenciado claramente dos facetas de posible perjuicio para la salud del cuerpo, el primero es la realidad de los productos adelgazantes, y el segundo y menos discutido es la morfología de los modelos que aparecen en la publicidad. Respecto a los primeros las legislaciones vigentes se encargarán de su control al cometerse abusos y engaños, respecto al segundo es la agencia la encargada de su control y selección para evitar los desmanes de la imagen corporal.

En lo referente a la observación de los prototipos femeninos con cuerpo extradelgado que podrían infundir en las adolescentes los deseos de adelgazamiento extremo, a pesar de que existen algunos ejemplos en los que la mala práctica publicitaria ha preferido modelos de extrema delgadez y aspecto poco saludable, como luego ejemplificaremos, esta presencia no ha resultado alarmante para los consumidores generales puesto que las quejas al respecto son nulas. Vamos a corroborar lo dicho con la presentación de las conclusiones del Observatorio de la Publicidad que anualmente publica el Instituto de la Mujer desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, en el que se denuncian aquellas campañas en las que existe algún grado de degradación para la imagen femenina.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

Nos referimos al informe de 1998, en el que se observa la publicidad y el tratamiento que en ella se da a la mujer, destacando los aspectos a observar como referencias discriminatorias respecto del hombre y encasillamiento en estereotipos sociales y estéticos, recogidos en los artículos 3 de la Ley General de Publicidad y 5 del Plan de Igualdad de Oportunidades para las mujeres (1997-2000).

Como hemos dicho la denuncia de estereotipos se puede hacer efectiva ante el Observatorio, siempre que los mensajes se difundan en el territorio nacional y vayan contra los preceptos anteriores. En la tarea que nos ocupa los excesos producidos por imágenes extremadamente delgadas que responden al estereotipo de **mujer delgada igual a mujer triunfadora**, serían susceptibles de denuncia ya que responden al precepto 5 del Plan de Igualdad de Oportunidades para las mujeres. La sorpresa es que los estereotipos más denunciados responden a otros roles que nada tienen que ver con la denuncia de la delgadez y que se centran en los siguientes casos más repetidos de los 112 denunciados en el transcurso del año 1998:

1. Reducción de la mujer a la función de reproducción (11% del total)
2. Presentación de la mujer como objeto sexual pasivo (más del 50% de los casos registrados hasta diciembre de 1998)
3. Situación de la mujer como una carga/propiedad para el varón.

Las denuncias vienen de todas las comunidades bien de particulares o asociaciones, así como de la iniciativa del propio Observatorio, el medio más denunciado fue la televisión y los sectores más denunciados fueron dos marcas de coche (Renault Clío y Citroën Xsara) con sus campañas del joven "Fausto" persuadido por el demonio para que cambiara para su inmortalidad, la compañía femenina por un Renault Clío) y la campaña de Claudia Shiffer que se desnuda para conducir un Citroën Xsara, y una compañía aérea (AIR FRANCE) con el eslogan *"Nos gustan demasiado las piernas de las mujeres como para obligarlas a doblarse y retorcerse"*.

**En ningún momento se denuncia la aparición de la figura femenina hiperdelgada como propagadora de conductas nocivas para la salud de las adolescentes**, ni comportamientos nocivos para la salud, a pesar de que los denunciantes son en mayoría mujeres de 26-35 años que trabajan y están solteras, residentes en núcleos urbanos y con estudios superiores, prototipo de mujer que responde a las características de la "mujer light" que ya habíamos definido anteriormente y que es la que más acomplejada

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

se siente por el tema preocupante de la estética y la delgadez, debido a que responden directamente al prototipo de ***mujer delgada igual a mujer triunfadora***.

En resumen las conclusiones del Observatorio reconocen que a pesar de las manifestaciones sexistas y discriminatorias que aparecen en los anuncios la publicidad en general se ha *suavizado*, se ha *refinado* el tratamiento de la mujer en los estereotipos más comunes, aunque aun se está muy lejos de equipararla con un sentido idéntico al del varón.

Teniendo en cuenta los contrasentidos que se dan el panorama social al respecto de los TCA, en donde la tónica es el silencio frente a las manifestaciones publicitarias tan criticadas por todos, no vamos a caer en el error de disculpar las campañas, que en algunas ocasiones presentan estos estereotipos de delgadez casi enfermiza, por lo que vamos a presentar algunos ejemplos a tener en cuenta.

El afán de esta ejemplificación no va más allá de la objetividad de esta investigación y del espíritu del investigador en denunciar las malas formas que perjudican la profesión publicitaria. Ninguna de estas campañas ha sido objeto de denuncia por ningún organismo ni entidad, en algún caso han creado polémica pero la mayoría han pasado desapercibidas para todos, al menos para aquellos cuya obligación es denunciar las malas artes de la publicidad.

Hemos hablado de publicidad en sentido general y del alcance de la misma dentro de los medios de comunicación, lo que ahora pretendemos, es el análisis de la publicidad dentro de las áreas y parcelas exclusivamente publicitarias relacionadas con el tema que tratamos. A continuación presentaremos algunos anuncios publicitarios propiamente dichos y algunos que desde otra óptica no exclusivamente publicitaria, contienen elementos de los que aquí analizamos, nuestro interés en este apartado no es vaciar o justificar el contenido de las revistas y otros medios en función de nuestras expectativas de trabajo, pero si intentar ilustrar el panorama actual.

Si los medios de comunicación influyen, la publicidad como pequeña parcela dentro de éstos también debe tener su representación en los trastornos de la alimentación y aunque depende del resultado de nuestra investigación con las enfermas de TCA la respuesta a esta pregunta, nos vamos a permitir mientras tanto ilustrar aquellas manifestaciones publicitarias a las que debe su culpa la publicidad como causante de las enfermedades de la alimentación.

### V.6.1.1.LA "ESTÉTICA ANORÉXICA" EN PUBLICIDAD

Presentaremos algunos anuncios que presentan modelos pertenecientes a lo que determinamos como seguidoras de la **estética anoréxica**, bajo este término, intentamos referirnos a los "esquemas" de mujer que son elegidos para representar a los productos y a las marcas y que presentan un aspecto excesivamente delgado, en muchos casos son ejemplos de mujer asexuada, sin pecho, de huesos marcados y evitando sus formas naturales. Recogemos bajo la misma expresión, las representaciones de mujeres de aspecto demacrado y talante hastiado y triste, que esconde una mezcla de arrogancia y rencor manifiesto.

No vamos a pretender catalogar a todas las modelos que aparecen, como enfermas de un TCA, ya que puede ser que algunas sean realmente así, pero aun teniendo en cuenta esta salvedad, desde el momento que aparecen en los anuncios han sido elegidas entre muchas otras, y entre otros atributos porque daban una imagen delgada que intenta llegar a los consumidores y que a estos les llama la atención poderosamente.

El análisis tampoco pretende aplicar un método exhaustivo ni pretende extrapolar resultados desde una muestra a un universo. Su fin principal es ejemplificar con algunos elementos de juicio, lo que si no apareciera ejemplificado, quedaría obviado o desestimado en este trabajo. Los anuncios elegidos son de prensa, por la facilidad de trabajar con una imagen impresa y estudiar todos los elementos de mejor forma.

Todo los anuncios explicados se adaptarán al esquema de trabajo que sigue.

#### **EL CORPUS**

Se han mirado atendiendo solamente a la publicidad, multitud de revistas y catálogos de moda en los que encontrar ejemplo de esta índole, con más o menos acierto, los que siguen son los que como ejemplos pueden ser representativos.

Las revistas miradas son de todo tipo: corazón, de belleza, de moda, infantiles, catálogos de moda del Corte Inglés, Mango y dirigidas a adolescentes. No se han tenido en cuenta la fecha, todas pertenecen al período comprendido entre 1993-

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

1999, a estos efectos solamente se han buscado anuncios representativos de nuestro trabajo que pudiéramos analizar.

## EL MODELO

### ANÁLISIS DE LOS TEXTOS SELECCIONADOS EN PRENSA.

#### 1. TEXTO.

-SENTIDO EXPLÍCITO

-SENTIDO IMPLÍCITO

#### 2. IMAGEN.

-DISPOSICIÓN DE LAS FIGURAS EN EL ESPACIO

-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO

-INTENSIFICADORES

-PROTAGONISTAS

+ATRIBUTOS FÍSICOS

+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS

#### 3. SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.

## **CATEGORIA 1. MODELOS DE "ESTÉTICA ANORÉXICA".**

### **ANUNCIO 1: TELVA ABRIL DE 1998. PAG 8**

→PRODUCTO Y MARCA: **ANUNCIO DE GAFAS DE VICTORIO & LUCCHINO. SEVILLA**

→UBICACIÓN Y ESPACIO: El anuncio ocupa la media página inferior de la página número ocho par, de la revista TELVA.

#### →TEXTO:

No parece en este anuncio ningún texto escrito extenso, solamente la marca anunciada más una frase. **VICTORIO & LUCCHINO. SEVILLA. Viste tus ojos.**

#### -SENTIDO EXPLÍCITO:

Se anuncia una marca de gafas bajo la firma de unos creadores de moda muy conocidos de la moda española.

**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

La frase sugerente "viste tus ojos" recoge en su sentido literal, la facultad de las gafas como prendas de vestir de la vista, que la protegen como lo hace el vestido en el cuerpo.

**→IMAGEN.****-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen presentada representa un rostro femenino dibujado, con gafas de sol oscuras, que impiden ver sus ojos, lleva un maquillaje poco luminoso y unos labios pintados muy marcados. El cuadro del anuncio corta la frente y el mentón de la modelo, la cual se toca la cara con unas finas manos de largas uñas. En el margen inferior derecho aparece la marca y la frase textual, enmarcadas en una etiqueta de prenda de vestir.

**-PROTAGONISTAS:****+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

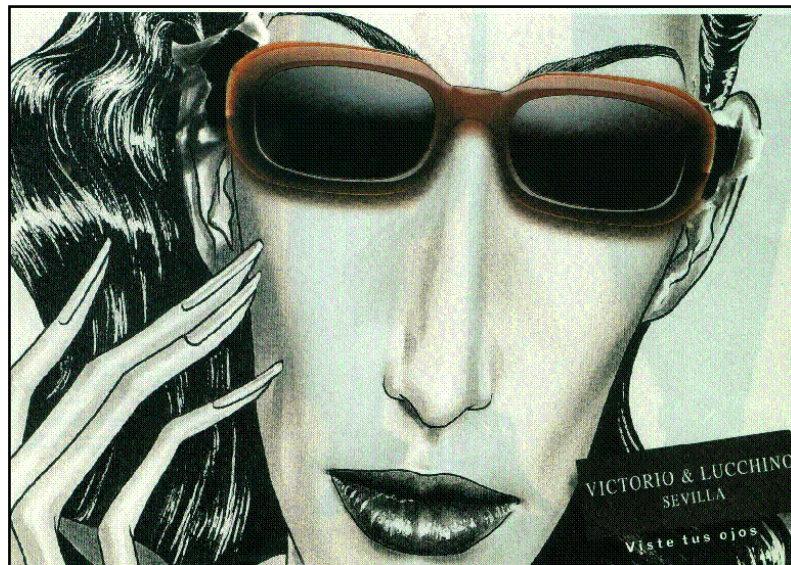
La modelo aparece dibujada esquemáticamente sin volúmenes ni brillos, su rostro presenta un aspecto demacrado y huesudo oculto tras unas gafas oscuras las cuales le dan aire misterioso.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen actual deseada, tremendamente delgada parece encontrarse segura de sí misma, con aire sofisticado y con una seriedad propia de las modelos de pasarela cuando desfilan, que acentúan aún más sus rasgos demacrados y sus pómulos hundidos.

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.  
 V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

### Anuncio 1



#### -INTENSIFICADORES:

Como intensificadores aparece los tonos de color oscuros y grises que hacen aún más sombría la imagen.

#### →SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.

El sentido del anuncio es presentar bajo una sofisticada imagen, poco convencional dentro de lo que se puede considerar un rostro bello, el anuncio de una marca de gafas bajo una firma de alta costura. Contradictorio y llamativo, el anuncio presenta la estética seria y agresiva de un rostro de moda.

### **ANUNCIO 2: Woman. ABRIL DE 1998. PAG 93**

#### →PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA DE MODA DE GIORGIO ARMANI

→UBICACIÓN Y ESPACIO: El anuncio ocupa la página par número 93 de la revista WOMAN.

#### →TEXTO:

No parece en este anuncio ningún texto escrito, solamente la marca anunciada más la dirección de Madrid y Barcelona.



CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

**-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa de alta costura.

**Anuncio 2**



**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es parco en elementos, dando a entender solamente la importancia de la marca anunciada, la cual como ya es conocida suficientemente no necesita argumentos de venta fuera de la presentación de sus creaciones cada temporada.

**→IMAGEN.**

**-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen presentada representa la figura de cuerpo entero de una mujer fotografiada, vestida de la marca. Lleva una camisa en sisa amplia y cuello en "V", de

color oscuro, encima un blusón estampado, y unos pantalones transparentes de tonos grises y tejidos con caída, también estampado. El fondo está vacío presentando sólo la línea de separación de la tierra y el cielo. En la parte central inferior aparece la marca y la dirección en tipografía más pequeña.

#### **-PROTAGONISTAS:**

#### **+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada sin volúmenes ni luces muy vivas, la pose es fría, de pie mirando a no se sabe qué, seria y ligeramente arqueada, dando lugar a una postura insípida y poco femenina. Su rostro de mujer guapa, está serenamente maquillado, pronunciando aún más su rasgos faciales. Presenta un aspecto en apariencia saludable; los rasgos de la cara marcados delatan su delgadez, al igual que los hombros desnudos y las clavículas salientes que adornan a un busto sin pecho y de estómago hundido.

#### **+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética actual, tremendamente delgada, desdibujadas sus formas bajo una apariencia de seguridad y timidez, como de entorno idílico y ensoñador que da un aspecto que a no ser que uno se fije, hace pasar desapercibido su aspecto estéticamente delgado.

#### **-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparecen los tonos de color oscuros y grises que hacen aún más sombría la imagen.

#### **→SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es presentar bajo una sofisticada imagen, el anuncio de una firma de moda de alta costura, de acuerdo a los cánones estéticos de las modelos, que es generalmente aceptado por todos, lo que nos impide percatarnos de lo que una figura como la de la foto puede entrañar para el público general. Nos hemos acostumbrado a verlo y no nos llama la atención.

- V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
  - V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
  - V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
  - V. 4 LA PUBLICIDAD.
  - V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
  - V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.
- PANORAMA ACTUAL

### **ANUNCIO 3: Woman. ABRIL DE 1998. PAG 101**

→ **PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA DE MODA DE SELECTIF.**

→ **UBICACIÓN Y ESPACIO:** El anuncio ocupa la parte par de la página número 101 de la revista WOMAN.

→ **TEXTO:**

No parece en este anuncio ningún texto escrito, solamente la marca anunciada más la dirección de Galicia para ampliar información.

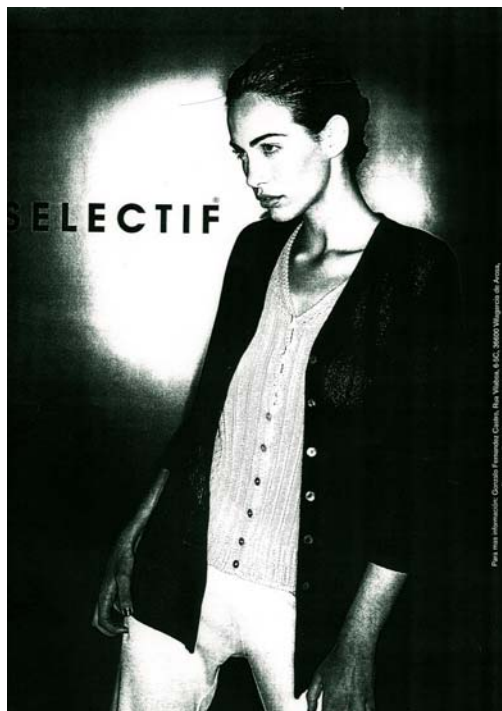
-**SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa de alta costura.

-**SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es parco en elementos, dando a entender solamente la marca anunciada, la cual no es muy conocida, aún así no presenta argumentos de venta fuera de la presentación de sus creaciones mediante la modelo de la foto.

**Anuncio 3**



**→IMAGEN.****-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen representa la figura de cuerpo entero de una mujer hasta la altura de los muslos. Lleva una rebeca interior en blanco, encima una chaqueta negra y mangas por el antebrazo, los pantalones de punto blanco. El fondo está vacío presentando un color oscuro. En el lateral derecho aparece la dirección de la marca en tipografía más pequeña. La marca aparece sobreimpresa en la parte derecha de la foto.

**-PROTAGONISTAS:****+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada sin volúmenes ni luces muy vivas, la pose es simple, con las piernas ligeramente abiertas, arquea la cadera sensiblemente, sería y ligeramente curvada hacia delante su cabeza, dando lugar a una postura absurda. El rostro de mujer, está serenamente maquillado, sin pronunciar aún más su rasgos faciales. Presenta un aspecto de delgadez, los huesos salientes que adornan a un busto plano y las caderas que aunque se quieren insinuar, presentan un aspecto huesudo, como de percha.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética delgada, que desdibuja sus formas bajo una apariencia de inseguridad y timidez, como si estuviera mirando algo que ha captado su atención, mientras otros la immortalizan en la foto, de entorno idílico y ensoñador da un aspecto que a no ser que uno se fije hace pasar desapercibido su aspecto estéticamente delgado.

**-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece los tonos de color oscuros y claros en contraste que hacen sobria la imagen.

**→SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es presentar bajo una sofisticada imagen, el anuncio de una firma de moda, de acuerdo a los cánones estéticos de las modelos, que es generalmente aceptado por todos.

## **ANUNCIO 4: Woman. ABRIL DE 1998. PAG 173**

→ **PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA DE MODA DE THOMAS BURBERRY**

→ **UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la parte par de la página número 173 de la revista WOMAN.

→ **TEXTO:**

No parece en este anuncio ningún texto, solamente la marca anunciada THOMAS BURBERRY.

- **SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa.

- **SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es sencillo, en cuanto a sus elementos, dando a entender solamente la marca anunciada, la cual es muy conocida, aún así no presenta argumentos de venta.

→ **IMAGEN.**

- **DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen representa la figura de una mujer fotografiada, hasta la altura de las caderas, vestida de la marca. Lleva una camiseta en tirante de color blanco y una falda estampada, de tipo sport. El fondo está vacío presentando un contraste de clarooscuro producido por el alicatado de cuadros blancos y negros y el juego de luces. La marca aparece sobreimpresa en la parte central inferior de la página.

- **PROTAGONISTAS:**

+ **ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada en una postura simple e ingenua, recostada sobre la pared con los brazos detrás, parece mirar al suelo. El pelo recogido y el rostro maquillado. Presenta un aspecto que delata su delgadez, las clavículas y los delgados brazos que adornan a un busto y estómago planos.

+ **ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética actual, delgada, serena y tímida, con aire despistado y un poco contradictoria.

#### **-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece los tonos de color en contraste que dan originalidad a la foto, con un juego de luces, que parecen continuar en los baldosines de la pared.

#### **→SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es presentar bajo una sencilla imagen, una firma de moda, de acuerdo a los cánones estéticos generalmente aceptados por todos, lo que nos impide percatarnos de la realidad de una figura como la de la foto. Si somos objetivos podemos reconocer que en el anuncio aparece una mujer casi asexual, sin formas, como infantil, a pesar de que un rostro maquillado oculte su verdadera identidad.

### **ANUNCIO 5: TELVA ABRIL DE 1998. PAG 118**

**→PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE GAFAS DE VICTORIO & LUCCHINO. SEVILLA**

#### **→UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la media página inferior número 18 par, de la revista TELVA.

#### **→TEXTO:**

No parece en este anuncio ningún texto extenso, solamente la marca más una frase. *VICTORIO & LUCCHINO. SEVILLA. Viste tus ojos.*

#### **-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncian unas gafas bajo la firma de unos creadores de moda española.

#### **-SENTIDO IMPLÍCITO:**

La frase sugerente "viste tus ojos" recoge en su sentido literal, la facultad de las gafas como prendas de vestir la vista, que la protegen y embellecen el rostro.

#### **→IMAGEN.**

#### **-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

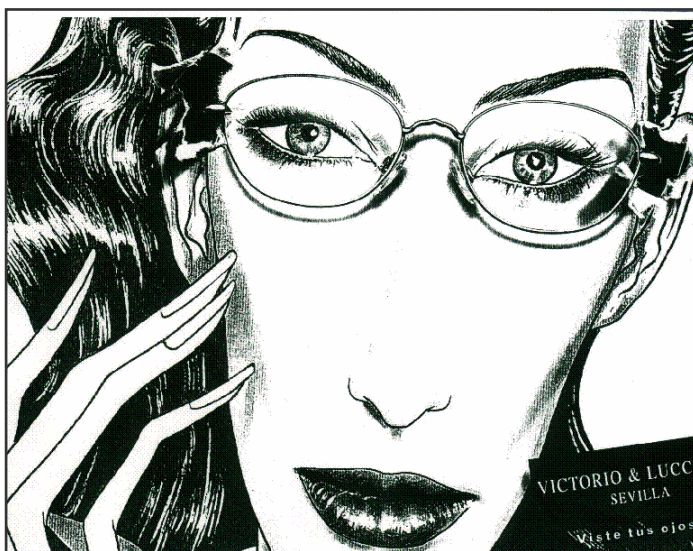
V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

La imagen presentada representa un rostro femenino dibujado, con gafas que permiten ver unos ojos atractivos y maquillados sofisticadamente, lleva un maquillaje poco luminoso y unos labios marcados. El cuadro del anuncio corta la frente y el mentón de la modelo, la cual se toca la cara con unas finas y delgadas manos. En el margen inferior derecho aparece la marca y la frase textual.

**-PROTAGONISTAS:****+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece dibujada esquemáticamente, sin volúmenes ni brillos, su rostro presenta un aspecto demacrado y huesudo.

**Anuncio 4****+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la mujer deseada, aunque tremendamente delgada parece encontrarse segura de sí misma, con aire sofisticado, y con una seriedad propia de las modelos de pasarela cuando desfilan, que acentúan aún más sus rasgos demacrados y sus pómulos hundidos.

**-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparecen los contrastes propios del dibujo que no tiene color y que hacen aún más hierática y sombría la imagen.

**→ SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

Este anuncio representa la segunda variante del anterior de iguales características, cuya diferencia es que aquí se anuncian gafas de ver y en el otro de sol y que en éste aparece la imagen sin color frente a los tonos grises y azules apagados del anterior. El sentido está en presentar bajo una sofisticada imagen, poco convencional dentro de lo que se puede considerar un rostro bello, el anuncio de unas gafas bajo la firma de la alta costura de forma contradictoria y llamativa, con la estética seria y agresiva de un rostro de moda.

**ANUNCIO 6: RAGAZZA. Mayo de 1996. PAG 22**

En esta ocasión no analizamos un producto puramente publicitario en el código habitual, sino varias marcas que aparecen reseñadas a la vez y vestidas por las modelos fotográficas. Esta técnica se usa mucho en las revistas de moda y en los catálogos. Queremos hacer hincapié en que esto que presentamos no es publicidad estrictamente como la hemos definido sino más bien responde a un código de comunicación cercano a las relaciones públicas.

**→ PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA DE MODA DE SELVATGI, KAREN HALLAN Y POLICE BY LUXOTTICA.****→ UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la parte impar de la página número 22 de la REVISTA RAGAZZA .

**→ TEXTO:**

No parece en este anuncio ningún texto escrito, solamente las referencias de las prendas y las marcas además del precio. Biquini (5.000 ptas.) de SELVATGI, cadena a la cintura (7.000 ptas. De KAREN HALLAN Y gafas (15.400 ptas.) de POLICE BY LUXOTTICA.

**-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncian diferentes marcas de ropa y complementos.

**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es sencillo, en cuanto a sus elementos, dando a entender solamente las marcas anunciadas, las cuales lleva la modelo, aún así no presenta argumentos de venta fuera de la presentación de las prendas.



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

## →IMAGEN.

### -DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:

La imagen presentada, representa la figura de una mujer joven fotografiada, hasta la altura de las caderas, vestida con biquini de color blanco y una cadena de adorno a la cintura, lleva gafas de sol oscuras. El fondo está vacío presentando un cielo azul con nubes muy luminoso. Las marcas aparecen sobreimpresas en la parte de la izquierda de la página.

### Anuncio 5



### -PROTAGONISTAS:

### +ATRIBUTOS FÍSICOS:

La modelo aparece fotografiada en una postura simple y algo forzada, apoyando sus manos sobre la cintura, parece mirar al suelo. El pelo recogido en una coleta alta y el rostro poco maquillado. Presenta un aspecto esquelético; delatando su delgadez, las clavículas salientes, y los delgados brazos y huesudos hombros, muñecas y manos, asomando las costillas, que adornan a un busto sin pecho y sin estómago.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen actual, delgada, serena, pero de aspecto desenfadado y de mujer fatal, mira desde arriba con arrogancia, apareciendo con seguridad y desenfado.

**-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece la imagen huesuda, en apariencia arrogante y desganada posando con la seguridad de gustar a todos, ante una cámara que la trata como centro de atención.

**→SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es presentar un catálogo de modas en el contexto de una revista juvenil, a través de una modelo en consonancia con la estética de las modelos actuales, casi asexuada, sin formas, infantil, a pesar de que un aire de arrogancia oculte su delgadez.

**ANUNCIO 7: RAGAZZA. Mayo de 1996. PAG 22**

**→PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA DE MODA DE SELVATGI, STING Y ANGEL RUN.**

**→UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la parte impar de la página número 32 de la REVISTA RAGAZZA .

**→TEXTO:**

El texto dice: "**Atrévete a destacar donde estés: tumbada al sol, en la piscina o dándote unas carreritas por la playa... Apúntate los tonos "flúo" y vitaliza tu energía**". Las referencias de las prendas y las marcas, también aparecen, además del precio. **Biquini (5.000 ptas.) de SELVATGI, sandalias (7.000 ptas ) de Angel Run y gafas (13.980 ptas.) de Sting.**

**-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncian diferentes marcas de ropa y complementos, en colores fruoescuentes, como marca la moda del momento en la ropa de baño.

**CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD**

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
PANORAMA ACTUAL**

**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es sencillo, en cuanto a sus elementos, dando a entender solamente las marcas anunciadas, las cuales lleva la modelo, aún así no presenta muchos argumentos de venta fuera de la presentación de las prendas, y directamente referidos a las marcas que aparecen, el texto más bien es una invitación a usar determinados colores de moda, en una excusa narrativa para acompañar a la foto, apoyándose en connotaciones veraniegas como, "tumbada al sol", "revitaliza tu energía", "atrévete".

CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
  - V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
  - V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
  - V. 4 LA PUBLICIDAD.
  - V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
  - V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**
- PANORAMA ACTUAL

## Anuncio 6



### →IMAGEN.

### -DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:

La imagen presentada, representa la figura de una mujer joven fotografiada de cuerpo entero, vestida con biquini de color rosa y rivetes amarillos y verdes y una riñonera de adorno a la cintura, lleva gafas de sol oscuras y sandalias altas de plataforma color verde. El fondo está vacío presentando un cielo azul muy luminoso y la arena de la playa. Las marcas aparecen sobreimpresas en la parte inferior de la izquierda de la página.

### -PROTAGONISTAS:

### +ATRIBUTOS FÍSICOS:

La modelo aparece fotografiada en una postura simple y descarada, echada hacia delante en una especie de semiflexión, nos deja ver su pronunciado esternón y sus clavículas, además de unos brazos esqueléticos. Las piernas delgadísimas y separadas, descansan en unos tobillos y rodillas de hueso. El pelo recogido en una coleta alta y el rostro poco maquillado.

#### **+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética anoréxica, de aspecto desenfadado y frívolo, mira a la cámara, haciendo pompas con el chicle con autosuficiencia y aparente seguridad.

#### **-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece la imagen huesuda, en absurda demostración de infantil arrogancia.

#### **→ SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es presentar un catálogo de modas en el contexto de una revista juvenil, a través de una modelo en consonancia con los patrones que estamos criticando por su peligrosa aceptación e imitación entre los jóvenes que aspiran a ser como la foto, enmascarando una forzada femineidad que no tiene lugar en un cuerpo como éste. También da una idea de delgadez equivalentemente a valores como la arrogancia y seguridad que no suelen ir unido a pacientes con TCA.

### **ANUNCIO 8: ELLE. ABRIL DE 1997. PAG 107**

#### **→PRODUCTO Y MARCA: ANUNCIO DE ROPA COMMA.**

#### **→UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la página par número 107 de la revista ELLE.

#### **→TEXTO:**

No parece en este anuncio texto, solamente la marca anunciada más las direcciones en España y Alemania.

**-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa.

**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

El anuncio es sobrio y en blanco y negro, dando a entender solamente con la imagen, la importancia de la marca anunciada, no necesita argumentos de venta fuera de la presentación de sus creaciones y del estilo de la firma a través de la composición de la foto.

**→IMAGEN.****-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen representa la figura de cuerpo entero de una mujer fotografiada,. Lleva un chaquetón tipo tres cuartos de color oscuro y un pantalón también oscuro, zapatos abotinados con un poco de tacón. El fondo no está vacío, representado por un callejón donde aparecen los carteles de la marca, y al fondo aparecen algunos edificios altos. En la parte lateral derecha de la página están las direcciones de Alemania, y los elementos de tipo informativo, como teléfonos, faxes, en tipografía más pequeña.

**-PROTAGONISTAS:****+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada sin volúmenes ni luces muy vivas, camina un poco desgarbada, con la mirada perdida, su rostro está aparentemente sin maquillar. Presenta un aspecto en apariencia normal, debido a que la ropa la protege y nos impide ver su cuerpo, la pequeña parte que se ve, cara y cuello delatan su delgadez, al igual que la ropa amplia que lleva, aunque no podamos hablar de una objetiva imagen anoréxica, sí que esta modelo por su forma de vestir y su aspecto en general entre tímida y con dejadez, representa la imagen de muchas niñas adolescentes enfermas de anorexia, que visten con ropas amplias para ocultar su cuerpo.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética de la anorexia, no tanto por su delgadez la cual no se puede observar por la ropa, pero sí por su forma de caminar y de vestir así como por el aspecto de su rostro, si tuviéramos que crear un estereotipo de esta enfermedad en su día a día, la imagen de esta joven se acercaría bastante a dicha representación en la que la figura aparece desdibujada por las formas de la ropa bajo una apariencia de inseguridad y timidez, de soledad y temor.

CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
PANORAMA ACTUAL**

### Anuncio 7



#### -INTENSIFICADORES:

Como intensificadores aparecen los tonos grises que hacen aún más indefinida la imagen, con el aspecto desgarrado de la joven en consonancia con el paisaje.

#### →SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.

El sentido del anuncio es presentar una marca, bajo una estética sobria y gris, ayudada de connotaciones de inseguridad que presenta la joven que anda solitaria por un callejón y que parece haberse vuelto a mirar algo que ha llamado súbitamente su atención. El ambiente aporta a la marca un aire desenfadado de estilo diferente, urbano y diferenciador.

## **ANUNCIO 9: COSMOPOLITAN. JUNIO DE 1997. PAG 178**

→ **PRODUCTO Y MARCA: SATINELLE SENSITIVE DE PHILIPS.**

→ **UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la página par número 173 de la revista COSMOPOLITAN.

→ **TEXTO:**

*"Ahora la nueva Satinnelle Sensitive te ofrece menos... ¡Menos dolor!. Pruébala sin compromiso durante todo el verano \* Infórmate en el 902 30 00 40 \* Si no quedas satisfecha. Philips te devuelve el dinero. Oferta válida hasta el 30-9-1997. Para todas aquellas mujeres que preferirían una depiladora eléctrica, si no fuese por el dolor, Philips ha creado la nueva Satinelle Sensitive. La única con masaje antidolor que relaja la piel mientras te depila. Con Satinelle Sensitive el dolor disminuye... hasta casi desaparecer. ¿el resultado?. Una depilación más cómoda y piernas más suaves y bonitas durante semanas.. juntas hacemos tu vida mejor. PHILIPS".*

**-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de depiladora eléctrica.

**-SENTIDO IMPLÍCITO:**

Todo el texto proporciona argumentos de venta del producto. En nuestro caso como lo que interesa es la imagen y el texto no refuerza la imagen sino que es al contrario pasaremos a analizar dicha imagen.

→ **IMAGEN.**

**-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen presentada, representa la figura de cuerpo entero de una mujer fotografiada, vestida de color bronce brillante y sofisticado, aparece semitumbada y a su lado casi del mismo tamaño la máquina depiladora y los textos, en un fondo anaranjado liso.



CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

- V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO
  - V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES
  - V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN
  - V. 4 LA PUBLICIDAD.
  - V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.
  - V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**
- PANORAMA ACTUAL

**Anuncio 8**

**Ahora la nueva Satinelle Sensitive te ofrece menos ...**

**¡Menos dolor!**

**¡Pruébala sin compromiso durante todo el verano!**

Infórmate en el 902 30 00 40

(\*) Si no quedas satisfecha, Philips te devuelve el dinero. Oferta válida hasta el 30/9/97.

Para todas aquellas mujeres que preferirían una depiladora eléctrica, si no fuese por el dolor, Philips ha creado la nueva Satinelle Sensitive. La única con masaje antidolor que relaja la piel mientras se depila. Con Satinelle Sensitive el dolor disminuye... hasta casi desaparecer. ¡El resultado! Una depilación más cómoda y piernas más suaves y bonitas durante semanas.

**Juntos hacemos tu vida mejor.**

**PHILIPS**

**-PROTAGONISTAS:**

**+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada semitumbada, en primer plano, sus piernas depiladas mientras que el resto del cuerpo carece de importancia. En una pose artificial interesa destacar como las clavículas, la cara delgada y un busto en general poco prominente y huesudo delatan la delgadez de la modelo que responde a los cánones que ejemplificamos.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética de la mujer liberada, un poco frívola y sofisticada a la vez que sensual e ingenua como corresponde a la mujer de los noventa.

#### **-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece el juego de formas entre la máquina y la mujer, casi homogéneamente dispuestas para equilibrar las formas redondeadas de la máquina y las de la modelo, que al estar fotografiada en escorzo intensifica más los volúmenes de sus extremidades inferiores.

#### **→SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es el de presentar una herramienta que a la vez permita ensalzar la femineidad de la mujer de hoy, adaptándose a las necesidades y la estética actual, reivindicando el derecho de la mujer a estar guapa sin tener que sufrir, por esto la depiladora intenta vender la promesa del antidolor, además de la promesa de sentirse libre y poderse dedicar a otros quehaceres que mejoren su imagen.

### **ANUNCIO10: VOGUE ESPAÑA. MARZO DE 1998. PAG 31**

#### **→PRODUCTO Y MARCA: ROPA DE VERSACE.**

#### **→UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la página par número 31 de la revista VOGUE ESPAÑA.

#### **→TEXTO:**

No aparece texto, excepto una dirección en el lateral de la página.

#### **-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa de moda de alta costura.

#### **-SENTIDO IMPLÍCITO:**

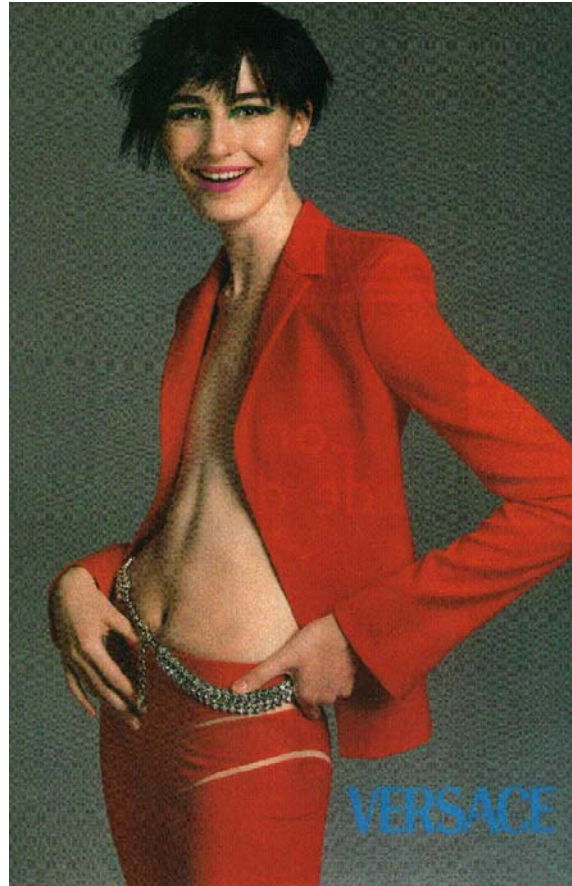
Todo el texto es imagen que es el único argumento de venta del producto.

CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

**Anuncio 9**



**→IMAGEN.**

**-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen presentada representa la figura de una mujer fotografiada posando frente a la cámara, hasta la altura de los muslos, vestida con traje de pantalón y chaqueta rojo brillante. El fondo es liso, de color gris.

**-PROTAGONISTAS:**

**+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece de pie, en primer plano. En una pose artificial interesa destacar como se trata de un modelo andrógino y excesivamente delgado, la ambigüedad del cuerpo hace dudar de su sexo, sin pecho, y tórax hundido, no se destaca la femineidad en ningún momento, se recurre más bien a la provocación.

**+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estética de la mujer andrógina, liberada, un poco frívola y hasta podríamos decir "hortera". Su aspecto aparentemente alegre y desenfadado, presenta una ambigüedad manifiesta, respondiendo a una estética casi "travestí".

#### **-INTENSIFICADORES:**

Como intensificadores aparece el juego de ambigüedades, la estética andrógina y la provocación que pretende la firma de alta costura.

#### **→ SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.**

El sentido del anuncio es el de presentar una imagen provocadora que llame la atención y que obvie la presencia femenina a favor de un juego de contrastes que a la vez permita ensalzar la "supuesta imagen de la mujer de hoy". El interés de la imagen es asociar a la marca a una estética confusa de frivolidad y originalidad a la vez que de antinaturalidad.

### **ANUNCIO11: RAGAZZA MAYO 1997. PAG 4 y 5**

#### **→PRODUCTO Y MARCA: ROPA DE BLANCO,**

#### **→UBICACIÓN Y ESPACIO:**

El anuncio ocupa la 5 de la revista RAGAZZA

#### **→TEXTO:**

No aparece texto, excepto la firma y las direcciones en toda España.

#### **-SENTIDO EXPLÍCITO:**

Se anuncia una marca de ropa de MODA.

#### **-SENTIDO IMPLÍCITO:**

Todo el texto es imagen que es el único argumento de venta del producto.

#### **→IMAGEN.**

#### **-DESCRIPCIÓN DEL ANUNCIO:**

La imagen presentada en la página la ocupa entera y también aparece aquí la marca. La imagen es la de una chica joven en primer plano de la que sólo aparece su cara y parte de hombros y rodilla.

#### **-PROTAGONISTAS:**

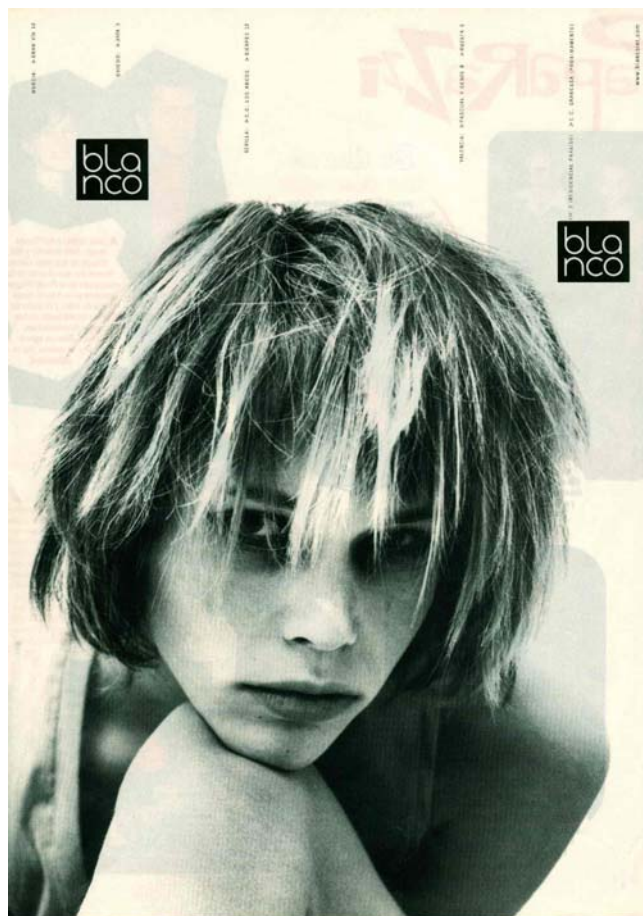
## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.  
**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.**  
**PANORAMA ACTUAL**

**+ATRIBUTOS FÍSICOS:**

La modelo aparece fotografiada apoyando su barbilla en la rodilla huesuda, en primer plano. En una pose cabizbaja interesa destacar como se trata de una joven de aspecto apagado con melena corta, despeinada y desigualada que destaca su rostro blanco y muy anguloso y triste, aunque enseña poco el cuerpo, se adivina por la cara una figura escuálida y huesuda, con unos hombros prominente.

**Anuncio 9****+ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS:**

La figura femenina que aparece representada responde a la imagen estereotipada de la anorexia, joven cabizbaja, de poca autoestima, lánguida y tímida, con aparente sentimiento de rencor y culpabilidad, un poco rebelde, y eminentemente delgada y de aspecto frágil.

**-INTENSIFICADORES:**

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

**V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL**

Como intensificadores, aparece el juego de blancos usado en la composición de la foto, y respecto a la modelo los intensificadores se centran en la mirada ojerosa, triste y un poco rencorosa de la chica.

### → SENTIDO DEL ANUNCIO GLOBAL.

El sentido del anuncio es el de presentar una imagen provocadora que llame la atención y que responda a una estética lánguida e impactante donde lo antinatural prima en lo referente a la moda, intentando mostrar algo que llame la atención más que por su belleza, porque responde a los ideales casi esperpénticos de la actualidad.

### V.6.1.2. ALGUNAS APORTACIONES SOBRE EL ANALISIS DE LOS ANUNCIOS.

En la selección de anuncios que hemos realizado debemos destacar que la mayoría pertenecen al sector de la moda. Esta percepción tiene dos vertientes: por una parte es cierto según nuestra observación<sup>74</sup> que los prototipos que pretendíamos ejemplificar aquí, correspondientes a la "estética anoréxica"<sup>75</sup>, predominan en los anuncios de moda.

<sup>74</sup> Se observaron cincuenta revistas de todo tipo, aunque destacando las de contenido femenino, por ser estos soportes en los que más fácilmente aparecen anuncios dirigidos a la mujer.

<sup>75</sup> Recordamos que la "estética anoréxica" trata de presentar una imagen femenina de proporciones extremadamente delgadas, incluimos aquellas que aunque no destacan por su extrema delgadez presentan aspecto demacrado y un talante desgano y hastiado, comunicando inseguridad y a veces timidez y/o arrogancia.

## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.  
 PANORAMA ACTUAL

Por otra parte debemos destacar que la presencia femenina está generalizada a todas las categorías de productos siendo en la mayoría de los casos de aspecto más normal que las exageraciones anteriores, deducimos que los anuncios de belleza (excluyendo la perfumería donde a veces se sigue la tónica anterior)



Foto 9. Kate Moss

Los productos "light" (por ejemplo *Kellog's Special K* y los yogures *Nestlé Sveltesse*) presentan a mujeres con mejor aspecto y forma que los anuncios de moda.



Foto 10. Anuncio Sveltesse.

En estos anuncios se presentan productos que facilitan, más que el adelgazar, el no engordar, en ambos ejemplos aunque la imagen femenina no esté bruscamente adelgazada los discursos textuales aluden al adelgazamiento y al cuidado de la línea como una necesidad estética. En el caso de Kellog's el argumento es "Ahora puedes cuidar tu línea sin perder tu vitalidad", y podemos decir que dentro de lo que cabe el mensaje es realmente positivo porque antepone condiciones de salud. En el caso de Sveltesse, nos encontramos con un argumento diferente, a la altura de la



## CAPÍTULO V. MARKETING ADELGAZANTE Y PUBLICIDAD

V. 1 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO  
 V. 2 LOS PRODUCTOS ADELGAZANTES  
 V. 3 UN NUEVO CANAL DE DISTRIBUCIÓN  
 V. 4 LA PUBLICIDAD.

V. 5 LA LEGISLACIÓN PUBLICITARIA.

V. 6 EL ASUNTO QUE NOS OCUPA.

PANORAMA ACTUAL

cabeza de la modelo escriben "100% materia gris" y a la altura del cuerpo "0% materia grasa" lo que viene a significar que estamos alimentados sin necesidad de engordar,

aunque podemos añadir que se puede tener materia gris y también materia grasa y al contrario, ya que ambas características no son excluyentes.

En nuestra observación nos hemos percatado igualmente que los productos adelgazantes no presentan en la mayoría de los casos la figura humana en los anuncios relativamente modernos, sino que se ayudan de otros artilugios creativos, como el caso de AYUDEL, DIEPLUS, EVAN LINE, BIOMANÁN, NOMASKIL



Foto 10

En anuncios más antiguos la presencia femenina en este tipo de anuncios si era efectiva aunque siempre de manera dibujada y aspecto esquemático como es el caso de un anuncio presentado en la revista Blanco y Negro de julio de 1961, que presentaba un producto llamado "GRANDHOUR PARIS" al que acompañaba el texto siguiente:

*"Adelgace cómodamente y sin peligro reduciendo únicamente las partes del cuerpo que lo precisen". "El disolvente de las grasas internas por la simple absorción de la piel, que al propio tiempo tonifica."*

Este ejemplo muestra como la preocupación por el cuerpo ha existido siempre y su presencia en publicidad también ha sido continua, incluso con argumentos que hoy serían impensables; si en los sesenta no había epidemia de anorexia y bulimia siendo los argumentos de venta los mismos, ¿no deberíamos cuestionarnos la incesante necesidad que sentimos de encontrar culpables, a ser posible en la publicidad, para justificar esta plaga de adelgazamiento sin sentido?.



## V.7. BIBLIOGRAFÍA. CAPÍTULO V

Alonso, S y Ruiz, R (1999) "El gobierno obligará a los diseñadores a impulsar tallas superiores a la 40 para frenar la anorexia". La Razón.15/4. Paga 14 y 37.

Arroyo. B. (1997) "El PSOE de Madrid inicia una campaña contra la publicidad que incite a la anorexia" ABC, 17/6. Pag. 90)

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (1998). Diciembre. Número 26. Pag. 1-2

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (1999) "Plan de acción 1999-2001 de la Comisión Europea sobre política del Consumidor". Enero. Número 27. Pag 12

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (1999). "El Ministerio de Sanidad dialoga con diversos sectores para la toma de medidas entorno a los trastornos nutricionales y la anorexia" Mayo. Número 31. Pag. 1,2-4

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. 1999. "La Comisión de Educación y Cultura del Senado, invita al sector publicitario a dialogar en tono a la anorexia y la bulimia" octubre. Número 36. Pag. 39

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (2000). "Conclusiones sobre los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia" y "AAP: el Control de la Publicidad en 1999". Enero. Número 39. Pag. 4 y 33.

Balaguer Callejón. M.L (1985) ***La mujer en los medios de comunicación***. Málaga Argual. pag.67-88.

Carretero Baeza. M. L. (1999) "Etiquetado nutricional de los alimentos: realidad europea y futuro". **Alimentación nutrición y Salud**. Nº1,en-mar pag 3-6.

Chernim K(1982) ***The obsesion (Reflections of the tyranny of slenderness)***. Perennial library, Harper and Row. NY. 206 Pag.

Código Alimentario Español, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987

Ley 14/86, General de Sanidad; B.O.E.

Ley 25/90 del Medicamento; B.O.E. 27 diciembre de 1990

Real Decreto 414/96 sobre Productos Sanitarios; B.O.E. 24 abril de 1996

Real Decreto 1907/96 de Publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria; B.O.E: 6 de agosto de 1996.

Real Decreto 1599/97 sobre Productos Cosméticos; B.O.E. 31 octubre de 1997.

Real Decreto 1334/99 por el que se aprueba la Norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios; B.O.E. 24 de agosto de 1999.

Código de conducta publicitaria.(1999) AAP (Asociación de Autocontrol de la Publicidad) 14 de abril de 1999.

Cosmopolitan. Junio. 1997. Pag 178

Cuesta Rute, de la J.M., Rodríguez Ramos,L . (1998) "El delito publicitario" Publicación de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. Diciembre. Número 26. pag 14-23.

Elle. Abril. 1997. Pag 107

Gómez Castallo ,J.D. (1999) "Mujer y publicidad". En Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. Marzo. número 29.Pag 14-19

Guillemot, A , Laxenaire, M. (1995) **Anorexie mentale. Le poids de la culture**. Paris. Masson. (Traducido:Alfonso Rodríguez Martínez. **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura**". Barcelona. Masson. 159 pag.)

Herrero Sánchez, N. (1996) "La imagen de la mujer en publicidad". Estudios de Consumo. Nº36. Pp. 33-45

Lambin, Jean J.(1996) **Le MARKETING strategique**. (Traducido: Salvador Miquel, Antonio Carlos Cuenca. **MARKETING estratégico**, Madrid. Mc Graw Hill. 3º edición, 610 páginas.

La Rioja (1997) "Hay que simplificar las leyes sobre consumidores" Miércoles 15/10. pag 10

Lema Devesa,C; Gómez Montero,J(1999) *Código de la Publicidad* .Marcial Pons. Madrid. 2ª ed rev. 743 pag.

Loureiro Cachón, V.E (1994) **Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de bup. Municipio de la coruña**. tesis. Santiago de Compostela.

Manso, S (1999) "El Congreso aprueba por unanimidad una batería de medidas para frenar la anorexia" 15 de abril. Pag 77.

Mateu, V (1999) "Rechazan el empleo de modelos menores de 16 años" El mundo.15/4.Pag 36.

Miguel, de A.(1995) "Antología de piezas publicadas".(en **La sociedad española 1993-4/1994-5**, Editorial Complutense, Madrid.) Internet <http://WWW.servicom.es/tabulav/kalamos/num 1/esp/pagina 67>

Miguel, de A. (1997).**La sociedad española 1996-1997. Informe sociológico de la Universidad Complutense**. Editorial Complutense. S.A. Madrid. 1ª ed. pp 63-103

Observatorio de la Publicidad. Informe de 1998. Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. (No publicado)

Ocu- Compra Maestra

(1993) "Efecto fulminante" nº 156. Noviembre.

(1993) "Productos falsamente "milagrosos"" nº149. Enero.pag44

(1993) "La publicidad de la cosmética" nº149. Enero.pag46

(1994) "La anorexia y la bulimia" nº 169. Septiembre

(1996) "Productos sustitutivos de comidas" nº152. Abril. pag4-9.

(1996) "El etiquetado nutricional" nº 160. Junio. pag 19-21.

Otero, I (1999) "El Congreso exige la unificación de las tallas contra la anorexia", Diario 16. 15/4. Pag. 6.

Pearson, J.C et al (1993) **Gender and Communication** (Traducido: Cristina Rodríguez Fisher. Wm.C.Brown Publisher,Dubuque (1985 y 1991) **Comunicación y Género**. Barcelona. Paidós Comunicación. 440 pag.)

Peña Marín,C y otros.**La mujer en la publicidad**. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la mujer, Madrid. 1990.

Pérez Tornero et al. **La seducción de la opulencia: publicidad, moda, consumo**. Paidós . 1992. Barcelona.

Ragazza. Mayo. 1996. Pag 22

Ragazza Mayo. 1997. Pag 4 Y 5

SEMANA (1964) "Quitar de donde se quiere" 2/6.

SEMANA (1961) "Adios a la báscula" 4/7.

Serna de la, J. L.(1996) "Obesidad ¿Comer y adelgazar?. *Los resultados de una nueva píldora para perder peso, que dificulta la absorción de las grasas, son discretos*". El Mundo, Nº 217\_jueves, 10/10.

Tato Plaza,A. (1999) "La publicidad ilícita en la jurisprudencia y en la doctrina del Jurado de la Publicidad" Publicación de Autocontrol de la Publicidad. Número 27. Enero. pag. 16-33

Toro Josep y Vilardell Enric (1989) **Anorexia nerviosa**. Barcelona.Martínez Roca.

Toro, Josep. (1996) **El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad**. Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

Traversa, O. (1993) "De la cintura de avispa a la "ligne normale": acerca de la figuración del cuerpo en los medios de prensa", en Crocei, P. et al. **Los cuerpos dóciles**, Buenos Aires, La marca.

*Telva Abril De 1998. Pag 118*

Villota Toyos, G.(1992) "El desfile de los cuerpos" Publicado en el catálogo Bodies Parade, por Arteleku. Donostia.

*Vogue España. Marzo. 1998. Pag 31*

*Woman. Abril. 1998. Pag 93*

*Woman. Abril. 1998. Pag 173*

*Woman. Abril. 1998. Pag 101*

**VI. 1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL.**

VI.2 1 PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

# **CAPITULO VI**

## **LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

### **VI.I DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO**

La anorexia y la bulimia son enfermedades mentales de tipo multicausal, en las que influyen elementos de tipo general y particular. Los elementos de tipo general o macrocontexto son fundamentalmente de tipo sociocultural, y los de tipo particular son a su vez familiares y personales (físicos y psicológicos). En realidad los principales agentes de transmisión de modelos conductuales son los amigos y la familia (Toro, J et al, 1995) aunque debido a la proliferación de la cultura audiovisual, son los medios de comunicación de masas los encargados de ocupar la tarea educativa mientras los padres trabajan. Esta actitud social es lo que podemos ilustrar con el clásico comentario de parte del niño: "Papá, ¿juegas conmigo?", y la esperada respuesta paternal: "Tengo trabajo, anda y ponte a ver la tele".

La explosión de lo audiovisual, ha hecho proliferar a su vez técnicas de comercialización como la publicidad, que ha pasado a conformarse como un elemento del contexto social entre otros muchos, y que debido a la naturaleza y fines de la misma ha conseguido granjearse más enemigos que amigos en esta sociedad. Como elemento del contexto sería oportuno analizar cual es la influencia relativa de estos mensajes en las mentes adolescentes de chicas comprendidas entre 12-20 años, respecto a la interiorización que hacen de estos anuncios publicitarios a la hora de enfrentarse a la alimentación y a la aceptación de sí mismas, siempre dentro del contexto amplio de la sociedad, teniendo en cuenta los otros elementos que como apuntábamos arriba conforman el conjunto de actitudes y conductas ante la vida.

La publicidad es un elemento aislado del macrocontexto que por sus características, tiene una cierta unidad e independencia respecto a otras formas de comunicación audiovisuales, y que por tanto destaca notablemente en el panorama social, no por ello hemos de ser ligeros a la hora de juzgarla, ya que las posibles influencias que ejerce, están tanto o más vinculada a las características del sujeto como

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI. 1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL.

VI.2 1 PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

a las influencias ejercientes por los otros elementos del contexto. Es importante llegar a la conclusión de saber cual es el

peso de esta variable respecto de otras que influyen en la autopercepción del sujeto que vive en sociedad y recibe estímulos por parte de todos los emisores posibles.

Hasta el momento hemos analizado el origen de los estímulos, y ahora lo haremos de las consecuencias de los mismos, cuando impactan en jóvenes adolescentes con un débil perfil psicológico, una baja autoestima, y extrema sensibilidad ante todas las cosas y las personas, en realidad los TCA son unas enfermedades mentales directamente relacionadas con la afectividad y la autoestima, esta clave nos lleva a pensar cómo hasta este momento, existen múltiples enfermedades psicológicas relacionadas con estos aspectos como podían ser la depresión, los trastornos de ansiedad, las fobias... la diferencia está en que el enfermo de un TCA, cree encontrar en su propio cuerpo las herramientas necesarias para salir de esta situación, concretamente en su imagen, lo grave es que se ejerce un mal uso de esta herramienta corporal, llegando a la manipulación contra natura de uno mismo para conseguir unos fines que con el deterioro se diluyen, perdiendo la noción de salud y enfermedad, y ejerciendo actividades de sanos estando enfermos. Deberíamos cuestionarnos en este punto porque la anoréxica/o y bulímica/o, pagan con la imagen lo que no pueden solucionar por sí mismos, porque la exigencia social, proveniente de todos los puntos de actuación ha creado un ideal de triunfo que apenas cuenta con el cuerpo, y en este momento es cuando nos preguntamos ¿qué ha hecho nuestra sociedad para merecer esto?, o mejor aún ¿qué clase de sociedad estamos construyendo para las nuevas generaciones?

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA.

A la hora de elaborar un diseño experimental es necesario familiarizarse con el fenómeno a estudiar, en este caso tenemos entre manos dos elementos que exponer al análisis fundamentalmente, por una parte los TCA, como fenómeno a explicar o variable dependiente y por otra parte la publicidad, entre otros elementos que explican posiblemente este fenómeno. Debido a los estudios realizados y al conocimiento expreso de esta última variable, era necesario profundizar en los TCA, y para ello se recurrió a la ayuda de ADANER (Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia), como apoyo:

1. A nivel bibliográfico.
2. Transmisión del conocimiento de las experiencias de familiares y afectados de TCA.
3. Participación directa en los grupos de autoayuda.
4. Atención del teléfono de información y ayuda a enfermos desde la organización.
5. Realización del curso de Auxiliar Coterapeuta de TCA
6. Entrevistas a profesionales, Dr. Gonzalo Morandé Lavín (Jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid) y Dr. Manuel Faraco Favieres. (Psiquiatra)
7. Asistencia a Congresos y Jornadas especializadas en TCA.
8. Con los resultados de la fase exploratoria, se realizó un MODELO CAUSAL, en el que se reflejaron las relaciones y elementos vinculados a las causas de TCA en enfermos.

Posibles bloques causantes de la enfermedad:

1. Entorno particular:

La familia.

La actitud personal hacia la imagen corporal.

Las características psicológicas del paciente.

2. Entorno general:

Los amigos.

Las relaciones con chicos.

La moda.

Las informaciones de tipo adelgazante.

Las exigencias profesionales, admiración y triunfo.

## LA PUBLICIDAD.

- Las modelos publicitarias.
- Los productos adelgazantes y su publicidad.

De la interrelación de estos bloques resultó el modelo causal que podemos ver en el capítulo III, pag. 198 de esta tesis. Una vez elaborado se procedió a la reflexión sobre el mismo, con la opinión de especialistas. Dr. Morandé y el Dr. Toro (Jefe de la Unidad de psiquiatría especializada en TCA del hospital Clínico de Barcelona) y una vez constatado su acercamiento a la realidad, se establecieron las posibles relaciones entre los elementos del mismo que nos facilitaron la elaboración del cuestionario.

### Relaciones de la publicidad y elementos individuales

1. -Cómo influye la publicidad adelgazante en los hábitos de comida y deseo de adelgazar.
2. -Qué tipo de publicidad influye más en el adelgazamiento y deseo de perfección personal.
3. -Despierta la publicidad complejos físicos por comparación con modelos.
4. -La publicidad y sus imágenes son perceptibles para personas preocupadas por el físico.

### Influencias de la publicidad en otros elementos del contexto sociocultural de los TCA

5. -Cómo la publicidad de productos adelgazantes influye en el deseo de estar a la moda.
6. -Cómo influyen las imágenes publicitarias en general en el deseo de estar a la moda.
7. -Cómo influye la publicidad en la preocupación por la estética y el concepto de éxito social.
8. -Qué publicidad por tipos se percibe mejor y más atractiva a la muestra.

### Influjo de la moda en el contexto individual de las personas proclives a un TCA.

9. -La adaptación a la moda nos hace adelgazar.
10. -Puede la moda crear tensiones familiares.
11. -Influye la moda en la autopercepción personal y en la actitud ante un aumento de peso.
12. -Influye la moda en la actitud frente al propio cuerpo.

### Relaciones de la moda y otros elementos del contexto sociocultural

13. -La adaptación a la moda de prendas ajustadas nos hace ingerir productos adelgazantes.
14. -Cómo puede la moda influir en la preocupación por la estética.

### Influjo de las amistades en el contexto individual de las personas adolescentes.

15. -Las amistades influyen en hábitos de comida, falta de autoestima y en complejos.
16. -Cómo influyen las amistades en la preocupación por la estética.

### Influencia de las amistades en el contexto sociocultural

17. -Las amistades y el deseo de gustar a los chicos influye en la adecuación a la moda.
18. -Las amistades influyen en el consumo de informaciones relacionadas con el cuerpo.

### El deseo de triunfo en las relaciones interpersonales y sus influencias en el contexto individual

19. -Pueden las ganas de gustar a los demás influir en los hábitos de comida.
20. -El deseo de gustar nos hace autoexigentes y puede acomplexarnos físicamente.

### Las exposiciones a las informaciones y las relaciones con los elementos individuales

21. -La lectura de dietas influyen en hábitos de comida y preocupación por la estética.
22. -La información de los medios influye en la conducta, el desarrollo sexual y actitud al sexo.
23. -La información de los medios influye en las ganas de ir a la moda para adaptarnos.

### La familia influye en elementos individuales de las personas proclives a un TCA.

24. -Influye la presión familiar en hábitos de comida y en la preocupación estética.
25. -Las separaciones temporales de la familia y amigos influyen en el deseo de adelgazar.
26. -Comentarios familiares generan complejos de autoestima y obsesión por adelgazar.



CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

Los factores físicos y psíquicos, relacionados con factores familiares y socioculturales.

- 27. -Los complejos físicos pueden originar cambios en los hábitos de comida.
- 28. -La obesidad previa origina preocupación por la estética y complejos.
- 29. -El desarrollo sexual puede influir en complejos físicos y en la decisión de adelgazar.
- 30. -Una deformación física puede hacernos más sensibles a imágenes de la publicidad.
- 31. -La adolescencia se siente sensible a la estética de la delgadez.
- 32. -El carácter perfeccionista influye y reacciona ante un incremento de peso reciente.

De estas 32 relaciones hipotéticas, se redactaron las preguntas del cuestionario.

## VI. 3 EL CUESTIONARIO

El cuestionario consta de diecisiete bloques de preguntas, de las cuales sólo dos son abiertas, la mayoría están conformadas en escalas, que según la terminología de Stevens, (1946), son consideradas interválicas, en las que además de existir ordenación, las distancias entre valores o intervalos son iguales, aunque no existe proporcionalidad entre ellos ni el valor cero es absoluto, en nuestro caso han usado escalas de cinco grados. Las preguntas de tipo sociodemográfico se han determinado con escalas nominales, que indican la pertenencia a una clase o categoría dentro de una variable, asociando códigos numéricos a estas categorías ubicando los casos, para facilitar el tratamiento de datos y no existe jerarquía, ni proporcionalidad entre categorías. Un ejemplo es la que designa el estado social: casado, soltero... las escalas nominales tienen algunas variantes como las ordinales, cuya diferencia es que presentan ordenación aunque no existen intervalos iguales ni proporcionalidad, que en nuestro caso se daría en la variable, estudios. Otra variante es la escala proporcional o de razón, en las cuales existe además una proporcionalidad entre las categorías, como la edad.<sup>1</sup>

Nuestro cuestionario está compuesto de ochenta y tres variables sometidas a análisis univariable y tabulación cruzada. Las preguntas de respuesta libre, referidas al recuerdo publicitario, darán apoyo a otras debido a la disparidad de respuestas obtenidas.

Todas las variables de nuestro cuestionario tabulado y analizado, son de tipo categórico, y responden a escalas cualitativas, que serán analizadas cuantitativamente. Las variables categóricas representan un conjunto de personas o casos con iguales atributos, cada categoría recibirá un número que facilite su tratamiento sin proporcionalidad entre ellas, las variables se agrupan en intervalos o conjuntos de valores correspondientes a una variable (en nuestro caso por ejemplo la edad) los intervalos son mutuamente excluyentes y exhaustivos.

A continuación presentamos las preguntas y variables de cada pregunta del cuestionario:

<sup>1</sup> En el cuestionario está contenida la variable edad no como escala proporcional, ya que las edades están agrupadas y las distancias no son proporcionales. Se incluye esta escala como elemento añadido para completar las clasificaciones de Stevens (1946)

## 1º INVESTIGAR EL CONTEXTO DE LAS CHICAS EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO, PREGUNTANDO POR VARIABLES DE TIPO FÍSICO Y PSICOLÓGICO.

Las **preguntas** que debían identificar con las imágenes presentadas fueron las siguientes:

1. Cuál crees que está más en forma y cuál crees que es la que está más sana.
2. Cómo son para ti las modelos publicitarias y cómo son las modelos de pasarela.
3. Cuál crees más exigente con ella misma.
4. Cuál crees que tiene más amigos/as y cuál crees que tiene más éxito con chicos.
5. Cuál crees que triunfa más en la vida.
6. Cuál se parecía físicamente más a ti de niña.
7. Con cuál tú te identificas más ahora.
8. A cuál te gustaría parecerse.
9. Cuál se parece más físicamente a la persona que más admiras.
10. Con cuál identificas a la mayoría de la gente.

Las **imágenes** fueron las siguientes:



## 2º COMO PERCIBE LA MUESTRA LAS CONDUCTAS DE SU ENTORNO JUVENIL.

1. Las chicas de tu edad, para estar en forma hacen dieta sin dejar de comer.
2. Las chicas de tu edad para estar en forma comen equilibradamente y no hacen dietas.
3. Las chicas de tu edad para estar en forma leen toda información de dietas a su alcance.
4. Las chicas de tu edad para estar en forma toman productos light anunciados en prensa y TV.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

**VI.3 EL CUESTIONARIO**

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

5. Las chicas para estar en forma hacen dieta para ser como las modelos publicitarias.
6. Las chicas para estar en forma dejan de comer para ponerse ropa de moda ajustada.
7. Las chicas para estar en forma queman lo que comieron haciendo ejercicio, vomitando...

**3º PREGUNTAMOS POR TODAS LAS POSIBLES CAUSAS DE TCA.**

1. Las chicas de tu edad adelgazan para solucionar así sus problemas, (esta variable es de tipo personal y parte del malestar general que alcanzan muchas chicas en la adolescencia)
2. Adelgazan para tener amigos (variable de tipo personal, del entorno adolescente)
3. Las chicas de tu edad adelgazan para estar a la moda de la ropa ajustada (variable de tipo social, contexto general o macrocontexto)
4. Las chicas de tu edad adelgazan porque ven mucha publicidad de productos adelgazantes (variable es de tipo social o macrocontexto)
5. Las chicas de tu edad adelgazan para parecerse a modelos (variable es de tipo social)
6. Adelgazan para tener éxito y admiración (variable del microcontexto de la juventud)

**4º EN EL MACROCONTEXTO SOCIAL CUAL ES LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN**

1. ¿Qué información te interesa más? Otras informaciones.
2. ¿Qué información te interesa más? La de consejos de belleza, ejercicios y dietas.
3. ¿Qué información te interesa más? La de sexo y chicos.
4. ¿Qué información te interesa más? La de moda y tendencias del vestir.
5. ¿Qué información te interesa más? La de anuncios publicitarios en general.
6. ¿Qué información te interesa más? La de productos adelgazantes exclusivamente.
7. ¿Qué información te interesa más? La de actualidad.

**5º SE PREGUNTA POR LA OPINIÓN HACIA LA MODA, OTRO ELEMENTO DEL MACROCONTEXTO SOCIOCULTURAL QUE SE INTUYE INFLUYENTE.**

1. ¿Qué piensas de la moda? Me gustan las modelos pero son demasiado flacas
2. ¿Qué piensas de la moda? Te gustaría ser modelo y te gusta la moda..
3. ¿Qué piensas de la moda? Te interesa ir como va la gente de tu edad.

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO
VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA
<b>VI.3 EL CUESTIONARIO</b>
VI.4 LA MUESTRA
VI.5 OBJETIVOS
VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO
VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA
VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

4. ¿Qué piensas de la moda? Te esclaviza y cambias de aspecto fácilmente.
5. ¿Qué piensas de la moda? La moda te resulta divertida pero no te obsesiona nada.

#### 6º EN EL MACROCONTEXTO SOCIOCULTURAL, PREGUNTAMOS POR LA PUBLICIDAD.

1. La publicidad interrumpe los programas y es excesiva.
2. La publicidad informa de productos y de modas.
3. La publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así
4. Los/ las modelos publicitarias son siempre estupendos.
5. Deberían prohibir y/o restringir los anuncios de tipo light.
6. La publicidad es inofensiva y a veces bonita y divertida.

#### 7º VEREMOS DENTRO DE LA PUBLICIDAD A QUÉ TIPO PRESTAN MÁS ATENCIÓN.

1. Publicidad de higiene y limpieza personal.
2. Publicidad de ropa y moda
3. Publicidad de cosméticos y colonias
5. Publicidad de productos light
6. Publicidad alimentación en general
7. Publicidad de coches o vehículos
8. publicidad de servicios, telefonía, bancos...

#### 8º VEREMOS LA ACTITUD AL VER PUBLICIDAD PARA DETERMINAR SI LA ATENCIÓN PRESTADA ES PROPORCIONAL A LA INFLUENCIA.

1. Al ver publicidad presto atención a los productos dirigidos a mi edad.
2. Al ver publicidad me comparo con las modelos y veo si son "gordas" o "delgadas"
3. Al ver publicidad presto atención a los productos de belleza, light...
4. Al ver publicidad me llama la atención algún anuncio pero en general no me influye.

#### 9º PREGUNTAMOS POR EL CONTEXTO PERSONAL, LA FAMILIA.

1. Cómo se comporta tu familia, se meten contigo te comparan y comentan tu aspecto y peso.
2. Cómo se comporta tu familia contigo, están muy preocupados por la imagen y el peso.
3. Cómo se comporta tu familia contigo ¿son muy exigentes y protectores?.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

**VI.3 EL CUESTIONARIO**

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

4. Cómo se comporta tu familia, se meten con tu forma de vestir y sientes que invaden tu vida.

5. Cómo se comporta tu familia, sufres porque tus padres tienen problemas y no se llevan bien.

10º PREGUNTAMOS POR **LAS AMISTADES**, ELEMENTO DEL CONTEXTO PARTICULAR,

1. Tus amigos te influyen en la forma y temas de conversación.
2. Tus amigos te influyen en la forma de comportarte con otros amigos, con la familia...
3. Tus amigos te influyen en la forma de vestir y llevar ropa de moda.
4. Tus amigos te influyen porque envidias a alguno por su aspecto y éxito.
5. Tus amigos te influyen en la forma de alimentarte, dietas, belleza...

11º **PREGUNTAMOS POR LAS MISMAS CAUSAS INFLUYENTES EN LA DECISIÓN DE ADELGAZAR, PARA VER AHORA SI SU VARIACIÓN INFLUYE EN LA MEJORÍA.**

1. Para sentirme bien debo tener confianza sin obsesionarme por algunas partes del cuerpo.
2. Para sentirme bien debo controlar un peso estable y llevar una vida "normal"
3. Para sentirme bien debo tener amigos y ser querida y aceptada.
4. Para sentirme bien debería ser querida por un chico al que le guste como soy.
5. Para sentirme bien las modelos deberían no ser el patrón y la ropa no sólo para "delgadas"
6. Para sentirme bien debería vivir en un mejor ambiente familiar.
7. Para sentirme bien deberían desaparecer los productos light y de belleza de la publicidad.
8. Para sentirme bien deberían desaparecer las informaciones de dietas y de belleza.
9. Para sentirme bien las modelos de publicidad no deberían ser tan estupidas.

Las últimas preguntas son de recuerdo publicitario. Primero preguntamos por anuncios de publicidad en general y después por anuncios de belleza o adelgazantes. Cuáles son y por qué los recuerdan.

12º. **¿RECUERDAS SI TE HA LLAMADO LA ATENCIÓN, EN TV Y REVISTAS, ALGUN ANUNCIO PUBLICITARIO DE CUALQUIER TIPO? DI DOS QUE RECUERDES MEJOR.**

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
**VI.3 EL CUESTIONARIO**  
VI.4 LA MUESTRA  
VI.5 OBJETIVOS  
VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA  
VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

**¿POR QUÉ RECUERDAS LOS ANUNCIOS SEÑALADOS? (para el primero y el segundo)**

Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio por eso lo recuerdo.

He visto el anuncio muchas veces por eso lo recuerdo.

Me interesa mucho el producto anunciado por eso lo recuerdo.

Las modelos que salen son estupendas y querría ser así.

Lo recuerdo porque salen hombres guapos y atractivos.

Lo recuerdo porque el anuncio me llamó la atención y está genial.

**13º ¿RECUERDAS SI LLAMÓ TU ATENCIÓN ALGUN ANUNCIO DE BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES...? DI LOS DOS QUE RECUERDAS MEJOR.**

**¿POR QUÉ HAN LLAMADO TU ATENCIÓN? (Igual que en la pregunta anterior)**

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

**VI.4 LA MUESTRA**

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**VI.4 LA MUESTRA.**

En esta investigación se trata de hacer un estudio muestral, ya que se realiza solamente a una parte de la población. Una muestra es un conjunto de elementos de una población o universo del que se quiere obtener información. Para que los resultados de la investigación sean extrapolables, la muestra debe ser representativa, o lo que es lo mismo que se reproduzcan las condiciones de la población. El proceso supone llevar a cabo unas etapas:

**1. Definir la población.**

La población seleccionada es el conjunto de enfermos de TCA, anoréxicas y bulímicas.

**2. La selección de la muestra.**

En la Unidad de psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, según el Dr. Morandé (I Jornadas de TCA, Santander, 10/1999), ingresan tres ó cuatro pacientes por semana, unos ciento ochenta al año de los que el 92% son chicas. Un 62% son anoréxicas, 65% restrictivas y 35% purgativas, un 19% bulímicas, más otro 19% con síntomas parciales. La edad media es 14,2-14,5 años, un 4% prepuberales<sup>2</sup> y un 8% premenarquiales, esta estructura justifica el panorama de los casos tratados en España. Nuestra muestra enferma presenta un esquema sociodemográfico similar al detallado por el Dr. Gonzalo Morandé.

Variable 1: EDAD

Valor Significado	Frec Total Muestra		
1 10-14	32	19,51	19,51
2 15-18	113	68,90	68,90
3 19-21	19	11,59	11,59
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 2: ESTUDIOS

Valor Significado	Frecue Total Muestra		
1 PRIMARIA	4	2,44	2,44
2 ESO-BUP	67	40,85	40,85
3 BACHILLER-COU-FP	62	37,80	37,80
4 UNIVERSIDAD	26	15,85	15,85
5 TRABAJO	3	1,83	1,83
6 N.C.	2	1,22	1,22
Total frecuencias	164	100,00	100,00

<sup>2</sup> Prepuberales: niñas menores de 11 años que no han llegado a la adolescencia. Premenarquiales: las que independientemente de su edad aun no han tenido su primera menstruación.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

## VI.3 LA MUESTRA

## VI.4 OBJETIVOS

## VI.5 HIPÓTESIS GENERALES DE TRABAJO

## VI.6 OTRAS HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

## VI.7 EL CUESTIONARIO

## VI.8 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

Respecto a las variables de edad y clase social la tabulación simple muestra que la mayoría están entre 15-18 años, el 68%, le sigue el grupo de 10-14 años con el 19% menos representado el grupo de 19-21 años, el 40,85 %, estudian ESO-BUP, el 37,8% BACHILLER-COU, el 15% UNIVERSIDAD.

Variable 3: ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 CASADOS	152	92,68	92,68
2 SEPARADO-DIVORCIADO	8	4,88	4,88
3 VIUDOS	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 5: NUMERO DE HIJOS TOTAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1-2	106	64,63	64,63
2 3-4	49	29,88	29,88
3 +5	8	4,88	4,88
4 N.C.	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 4: CLASE SOCIAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 ALTA	16	9,76	9,76
2 MEDIA	139	84,76	84,76
3 BAJA	5	3,05	3,05
4 N.C.	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 6: LUGAR QUE OCUPA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 PRIMERO	76	46,34	46,34
2 SEGUNDO	59	35,98	35,98
3 TERCERO	17	10,37	10,37
4 MAS	7	4,27	4,27
5 N.C.	5	3,05	3,05
Total frecuencias	164	100,00	100,00

El 92% de la muestra tienen padres casados, frente al 4,9% divorciados o separados y el 2,4 % viudos/as. La clase social predominante es media, 84%, seguida de la alta 9%, con poca representatividad de la baja. Respecto al número de hijos, en un 64% tienen 1-2 hijos, seguidos de los que tienen 3-4 hijos el 30 %, el lugar que ocupa la enferma es el 1º 46,3% seguido del 2º lugar, menos frecuente el 3º,4º,5º puesto. Abundan AR, 61,59%, 23,7% de AP y el 14% de B<sup>3</sup>, el IMC<sup>4</sup> ideal según su edad debería estar en torno a 21 para el 55% de la muestra, seguido del 25% que por edad estaría entre 21-20.5.

Variable 7: DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

Valor Significado	Frecuencia	Total
1 AN. REST	101	61,59
2 AN. PURG	39	23,78
3 BUL.P Y NO P	24	14,63
Total frecuencias	164	100,00

Variable 9: INDICE MASA CORPORAL IDEAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 17,5-18	2	1,22	1,22
2 18-18,5	1	0,61	0,61
3 18,5-19,5	6	3,66	3,66
4 19,5-20,5	7	4,27	4,27
5 20,5-21	17	10,37	10,37
6 21	90	54,88	54,88
7 21-20,5	41	25,00	25,00
Total frecuencias	164	100,00	100,00

<sup>3</sup> A partir de ahora llamaremos a las enfermas anoréxicas restrictivas: AR, a las anoréxicas purgativas AP y a las bulímicas: B.

<sup>4</sup> Llamaremos IMC ideal o actual, según el caso al índice de masa corporal.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

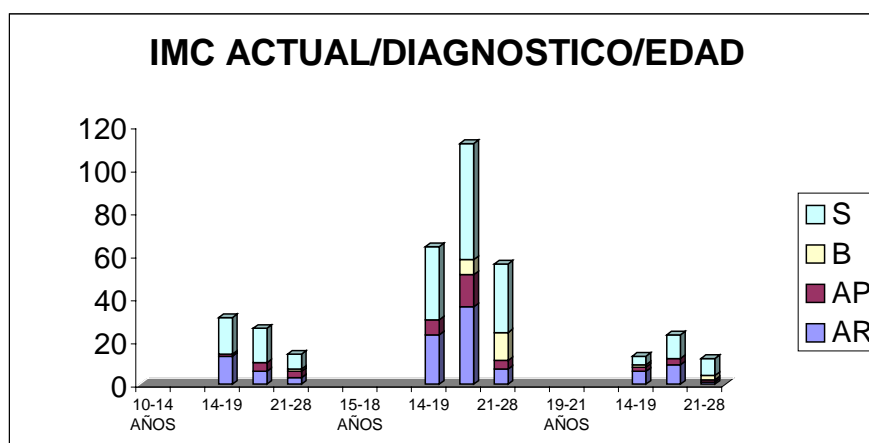
## VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

## V.8. IMCACT

Nº de casos:	164
Suma:	3.284,3800
Máximo:	28,5700
Mínimo:	14,3200
Rango:	14,2500
Media:	20,0267
Mediana:	19,7300
Moda:	18,9000
Varianza:	4,6618
Desv.estándar:	2,1591

El IMC actual tiene un valor medio de 20, la moda es 18,9, por debajo del IMC ideal, 21, la mediana divide la muestra al 50% en 19,7 porque existen bulímicas con alto IMC.



### 3 Especificar la unidad muestral.

La unidad muestral está compuesta de mujeres que padecen TCA, diagnosticadas según criterios del DSM IV, como anoréxicas restrictivas, purgativas, bulímicas, con edades entre 12 y 20 años, de varias ciudades españolas, tratadas en la unidad psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid. Las enfermas cumplen las siguientes condiciones a priori:

-Todas eran tratadas ambulatoriamente en el momento del estudio, entendiéndose que el estado no era grave a nivel psicológico ni físico, no corriendo riesgo vital; manteniendo un peso aceptable aunque bajo para las anoréxicas y normal o sobrepeso para las

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

bulímicas. El nivel de gravedad es difícil de especificar porque estas enfermas ocultan su verdadero estado de ánimo, habiéndose producido en el momento de la investigación varios intentos de suicidio.

-El periodo medio que llevan en tratamiento hasta la fecha es variable, no inferior a nueve meses y prolongándose como mínimo dos años. La mayoría están en el programa de Tratamiento ambulatorio o de Seguimiento<sup>5</sup>. Hay que tener en cuenta que la unidad de este hospital es infanto-juvenil por lo que después de los dieciocho años las enfermas pasan a los centros de salud mental de su zona, excepto algunos casos, que se mantienen en terapia y que explica la presencia de algunas chicas de diecinueve y veinte años en la muestra.

-El número medio de visitas al hospital es una vez por semana, las enfermas son atendidas por psiquiatras y psicólogos en grupos de terapia y/o grupos de seguimiento, en los que se controla el peso y talla, la dieta y el "plan de vida"<sup>6</sup> impuesto para un periodo de tiempo.

-Las enfermas tratadas, han sufrido en el 90% al menos una hospitalización previa, tanto en el centro o bajo el sistema de "hospitalización en casa"<sup>7</sup>, algunas se mantienen en el sistema intermedio entre hospitalización y tratamiento ambulatorio, asistiendo al "hospital de día".<sup>8</sup>

Por otra parte se seleccionó una segunda muestra de control con la misma estructura de edad y número de casos que en la muestra clínica, con el objeto de que fueran equivalentes, la muestra de control se consiguió entre las adolescentes que estudian en los siguientes centros, **Instituto de Secundaria Isabel la Católica, Colegio Público Calvo Sotelo y Universidad Complutense de Madrid.**

#### 4. Seleccionar el método de muestreo (probabilístico o no probabilístico).

<sup>5</sup> El programa de tratamiento sigue unas pautas de tiempo claras que se resumen así: 1. Hospitalización. 2. Post alta I: 9 semanas. 3. Post alta II: 9 meses. 4. Tratamiento ambulatorio: 1-2 años. 5. Seguimiento (5 años)

<sup>6</sup> El plan de vida es el documento que el médico entrega a la enferma donde se detalla la dieta que debe seguir, la medicación, la actividad física a hacer y cualquier otra indicación que sea necesaria para el tratamiento.

<sup>7</sup> Las enfermas que por sus características presentan una situación familiar y una actitud de los padres adecuada, así como un estado no muy grave, siguen el programa de hospitalización en casa bajo control del médico y con los mismos cuidados y especificaciones que en el hospital, sólo que de forma menos traumática puesto que está en casa y seguida por su familia.

<sup>8</sup> El hospital de día es una modalidad terapéutica entre la hospitalización y alta, aquí permanecen desde la mañana hasta la tarde durmiendo en casa, se controlan las comidas del almuerzo, merienda y asistiendo a terapias y otras actividades.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

**VI.5 OBJETIVOS**

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La muestra puede ser seleccionada por procedimiento aleatorio o no, en nuestro caso el procedimiento es aleatorio y el muestreo probabilístico, o sea que todos los elementos de la población tienen iguales oportunidades de ser seleccionados. Entre las posibilidades que ofrece este muestreo, hemos aplicado el tipo aleatorio simple puesto que las pacientes fueron seleccionadas al azar de las que asistían a terapia entre el 20/9-10/10 de 1999.

## 5. Determinar el tamaño de la muestra.

Sabemos que el tamaño de la muestra depende del presupuesto, tiempo y disponibilidad de la misma así como del error de muestreo que se estime, fácilmente cuantificable cuando el muestreo es probabilístico. El error muestral máximo<sup>9</sup>, para un intervalo de confianza del 95,5%, es del 7,8%, siendo la muestra clínica de 164 pacientes, la muestra de control es de 174 jóvenes, que sumadas a las enfermas conforman la muestra total de 334 chicas, la muestra total presenta un error del 5,4% para el intervalo de confianza del 95,5%, aunque como vemos este es un error teórico y elevado, es necesario explicar que el número de enfermas ha dependido de la disponibilidad del hospital en el momento de realizar la encuesta. Por otra parte hay que decir que el error muestral es quizá uno de los muchos que se cometen en una investigación, por lo que no debe ser considerado ni único ni fundamental.

## VI.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

**1º objetivo.** Investigar cómo perciben las enfermas su cuerpo en su entorno, preguntando por variables de tipo físico y psicológico.

**2º objetivo.** Queremos averiguar las causas de los TCA y saber qué percepción tienen las enfermas de su entorno juvenil y qué razones pueden llevarlas a adelgazar.

**3º objetivo.** En el macrocontexto social, averiguar la postura de la muestra ante la moda y ante la influencia de informaciones de dietas y adelgazamiento de las revistas.

**4º objetivo.** Ver la actitud de la muestra y determinar la influencia de la publicidad.

**5º objetivo.** Dentro de la publicidad ante qué tipo se sienten atraídas y determinar si las opiniones sobre el recuerdo publicitario se contrastan con la influencia publicitaria.

**6º objetivo.** Investigar la influencia del contexto personal de las enfermas (ver modelo. Cap III:198) concretamente nos preguntamos cuál es la influencia de la familia.

**7º objetivo.** Si un objetivo era determinar las causas de la decisión de adelgazar, buscaremos ahora la influencia de cada causa en la mejoría del estado físico y mental.

---

<sup>9</sup>Puesto que no se conoce la proporción de los que cumplen el atributo, y por ello se ha estimado que es el 50%

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

**VI.5 OBJETIVOS**

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

**8º objetivo.** Diferenciar los elementos sociales del contexto, la moda como elemento distinto de la publicidad y las informaciones fuera del encuadre de la publicidad<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Sin ningún remordimiento se tiende a la inclusión bajo "PUBLICIDAD" de otras formas de comunicación no entendidas como comunicación persuasiva pagada.

## VI. 6 HIPÓTESIS GENERALES DE TRABAJO

Para ser más específicos es necesario saber que **las hipótesis son:**

1. Afirmaciones o proposiciones no probadas sobre un fenómeno.
2. El comportamiento entre una o más variables o la relación entre ellas, ponen de manifiesto lo que se busca y anticipan respuestas, las hipótesis deben enunciarse de acuerdo a las investigaciones previas, a la teoría, o a la experiencia del investigador (Aaker y Day, 1980)

En toda investigación estadística partimos del concepto de hipótesis nula lo que significa que existe la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno y que esta no diferirá de la que le corresponde de acuerdo a su ley de probabilidad, en realidad lo que esto significa es que si la probabilidad probada a través de un experimento de que un fenómeno suceda es significativamente diferente a la probabilidad teórica se rechazaría la hipótesis nula.

**HIPÓTESIS:**

**1 Hipótesis.** La delgadez se identifica con valoraciones físicas y relacionadas con aspiraciones sociales de aceptación y éxito personal.

**2 Hipótesis.** Las enfermas presentan distorsión de su imagen presente pero no de su imagen pasada ni de la imagen de otras personas.

**3 Hipótesis.** En cuanto a la estética de las modelos presuponiendo su influencia y su identificación con las chicas, se perciben más "delgadas" las de pasarela que las de publicidad.

**4 Hipótesis.** Las causas relacionadas con el contexto social son menos influyentes que las causas de índole personal a la hora de adelgazar.

**5 Hipótesis.** El consumo de productos light anunciados en TV y prensa entre otros elementos del contexto no es el hábito más frecuente de adelgazamiento en la muestra.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

**VI.6 HIPOTESIS GENERALES**

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

**6 Hipótesis.** A la muestra enferma les interesa más la información de moda, belleza u otras que la de productos adelgazantes exclusivamente y su publicidad.

**7 Hipótesis.** A la muestra enferma le interesa más la información que la publicidad en general si la consideramos en su vertiente informativa, para conocimiento de productos.

**8 Hipótesis.** "La publicidad presenta gente estupenda con cuerpo "diez" porque la sociedad lo exige así", si la sociedad exigiera mujeres gruesas las modelos serían conforme al deseo social.

**9 Hipótesis.** Si la publicidad puede ser causa de estas enfermedades, si desapareciera ésta, la enfermedad debería desaparecer o al menos las enfermas mejorarían.

**10 Hipótesis.** La publicidad goza de una opinión adversa independientemente de que anuncie productos adelgazantes y de sus modelos.

**11 Hipótesis.** La atención que se presta a publicidad, no coincide con la importancia que le otorgan como fenómeno social.

**12 Hipótesis.** La publicidad es más influyente por las imágenes que presenta relacionadas con estilos de vida y modelos, que por publicidad de tipo adelgazante.

**13 Hipótesis.** Dentro de los tipos de publicidad según los productos anunciados, la publicidad que menos interesa es la de productos light.

**14 Hipótesis.** La familia actúa más directamente sobre las jóvenes por aspectos de la educación y la protección que por las cuestiones relacionadas con el físico.

**15 Hipótesis.** La aceptación personal es la causa más influyente en el desarrollo de un TCA y goza de mayor importancia para las enfermas frente a otras causas posibles.

**16 Hipótesis.** La moda se percibe más influyente en las enfermas por la presencia de modelos delgadas frente a otros aspectos más personales también relacionados.

**17 Hipótesis.** Los amigos influyen decisivamente en las enfermas y fundamentalmente en aspectos de comportamiento típicos de la juventud más que en los hábitos alimentarios.



## VI.7 PASOS DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA

Al analizar los datos se han seguido los siguientes pasos, aplicando el programa de investigación de mercados SPSS.9.0:

1. De lo general a lo particular hemos comenzado por analizar los estadísticos básicos sobre la muestra enferma.
2. En segundo lugar se elaboró la tabulación simple a través del análisis univariable de la muestra enferma, mediante la realización de las tablas de frecuencias de todas las variables menos las de recuerdo publicitario.
3. En tercer lugar se ha realizado la tabulación cruzada a través de análisis bivariable, variables específicas de la investigación y las variables sociodemográficas, igualmente para la muestra de enfermas.
4. En cuarto lugar se ha aplicado el análisis bivariable a las variables específicas de la investigación, comparando los resultados por diagnósticos.
5. En quinto lugar se han hallado los test de medias entre sanas y enfermas para encontrar las variables que resultan estadísticamente representativas.

### CUADRO RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA

TIPOS DE ANALISIS	MUESTRA USADA	OBJETIVO: Ir de lo general a lo particular.
1. Estadísticos más básicos: media, mediana, moda, desviaciones.	Muestra de enfermas	Sondear los datos.
2. Tabulación simple: análisis univariable.	Muestra de enfermas	Tablas de frecuencia de las variables menos las de recuerdo publicitario.
3. Tabulación cruzada: análisis bivariable de variables específicas de la investigación y sociodemográficas.	Muestra de enfermas	Ver como afectan los datos sociodemográficos a la vida de las enfermas.
4. Análisis bivariable de variables específicas de la investigación y diagnóstico.	Muestra de sanas y enfermas, muestra total.	Comparar resultados por diagnósticos y establecer diferencias entre las sanas y las enfermas.
5. Test de medias entre sanas y enfermas por diagnósticos.	Muestra de sanas y enfermas, muestra total.	Ver las variables que en combinación con diagnósticos resultan más representativas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## VI.7.1 Estadísticos básicos.

Los estadísticos básicos dentro del análisis univariable se denominan,

**Promedios o medidas de posición** cuyo fin es la determinación de la tendencia central:

**La media** es la medida más importante, tiene en cuenta todas las observaciones y calcula el punto medio dejando el mismo número de elementos por encima y por debajo, está muy afectada por valores extremos y no contempla la dispersión de los datos.

**La mediana** es el parámetro situado en medio de la distribución que deja el 50% de valores por encima y por debajo, y no se ve afectada por los valores extremos.

**La moda** es el valor más representativo y repetido de la muestra, sirve para averiguar la tendencia(s) central(es). No permite su aplicación en análisis avanzados.

**Medidas de dispersión**, dice el grado en que la distribución se extiende en torno al promedio.

**El rango/recorrido** o diferencia entre el mayor y menor valor.

**La varianza** es una medida útil para determinar la dispersión a través de la suma de los cuadrados de las diferencias de los valores y su media aritmética y dividiendo entre el número de valores. **La desviación típica** es su raíz cuadrada.

Vamos a estudiar los principales estadísticos y cómo afectan a las distribuciones de las variables en la muestra enferma, puesto que la parte de la muestra sana resulta de interés para esta investigación como muestra de comparación.

Hemos analizado la media, mediana y moda así como la dispersión de datos en torno a la media en las distribuciones, aunque somos conscientes que el valor más representativo es la moda ya que se trata de variables categóricas.

	V1. EDAD	V2. ESTUDIOS	V3. ES.CIV	V4.C.SOC
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	315,0000	455,0000	180,0000 ...	325,0000
Máximo:	3,0000	6,0000	3,0000	4,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	2,0000	5,0000	2,0000	3,0000
Media:	1,9207	2,7744	1,0976	1,9817
Mediana:	2,0000	3,0000	1,0000	2,0000
Moda:	2,0000	2,0000	1,0000	2,0000
Varianza:	0,3047	0,7967	0,1368	0,2253
Desv.estándar:	0,5520	0,8926	0,3699	0,4746

*Tabla 1.*

Estudiamos las estadísticas básicas de las variables con los siguientes resultados:

"La clase social" de las niñas es ante todo media, estando próximos media, mediana y moda en torno a este valor. Según el "estado civil" de los padres las familias más representativas son matrimonios casados,

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

coincidiendo la media, la mediana y moda y siendo la dispersión pequeña.

En cuanto a los "estudios" la media es 2,77 por tanto las niñas estudian ESO(BUP), BACHILLER, COU, FP, la mediana divide el 50 % de las niñas que estudian bachiller, COU o cursos inferiores y el otro 50 % estudian bachiller, COU, universidad o

trabajan. La mayoría estudian según la moda BACHILLER , COU, FP.

En el caso de la "edad" la media es 1,92 lo que significa que la media tiene 15 años, el 50% de los valores está entre 10 y 16 años y el otro 50% está entre los 17-21 años, y el intervalo más representativo 15-18 años.

	V5. Nº HIJ	V6. LU.Ocup	V7. DIAGN	V8. IMCACT
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	232,0000	298,0000	251,0000	3.276,3800
Máximo:	4,0000	5,0000	3,0000	26,2500
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	14,3200
Rango:	3,0000	4,0000	2,0000	11,9300
Media:	1,4146	1,8171	1,5305	19,9779
Mediana:	1,0000	2,0000	1,0000	19,7300
Moda:	1,0000	1,0000	1,0000	18,9000
Varianza:	0,3769	0,9787	0,5418	4,2161
Desv.estánd:	0,6139	0,9893	0,7360	2,0533

*Tabla 2*

En cuanto al "IMC<sup>11</sup> actual" de las niñas el valor medio ronda los 19,98 puntos lo que significa que están bastantes recuperadas en cuanto al peso, aunque no tienen por qué estar recuperadas a nivel psicológico. La mediana nos dice que 50 % de los valores están en torno a 14,32-19,7 y el otro 50% en torno a 19,7-26, sin tener en cuenta diagnósticos.

En cuanto al diagnóstico, los valores siguen estando alrededor de la media, la mediana y moda coinciden por lo que la mayoría son anoréxicas restrictivas.

"El número de hijos de la familia" está en torno a 1-2 hijos, siendo la mediana y moda iguales y la media muy próxima.

En cuanto al "lugar ocupado" por las enfermas la mayoría son 1ª ó 2ª, el 50% son primeras y el otro 50% son segundas y sucesivos, la moda es 1 por lo que la mayoría son hijas mayores o hijas únicas.

<sup>11</sup> IMC: Índice de Masa Corporal, peso en Kg/T<sup>2</sup> (en metros)

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPOTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

	V.9. IMC IDE	V.11. P1 15	V.12. P1 16
Nº de casos:	164	164	164
Suma:	962,0000	410,0000	302,0000
Máximo:	7,0000	5,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	6,0000	4,0000	5,0000
Media:	5,8659	2,5000	1,8415
Mediana:	6,0000	3,0000	2,0000
Moda:	6,0000	3,0000	2,0000
Varianza:	1,2381	0,3354	0,3651
Desv.estánd	1,1127	0,5791	0,6042

Tabla 3

	V.13. P1 17	V14. P1 18	V15. P1 19	V16. P1 20
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	226,0000	224,0000	407,0000	475,0000
Máximo:	3,0000	5,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	2,0000	4,0000	5,0000	5,0000
Media:	1,3780	1,3659	2,4817	2,8963
Mediana:	1,0000	1,0000	2,0000	3,0000
Moda:	1,0000	1,0000	2,0000	3,0000
Varianza:	0,2717	0,6466	0,6643	0,4222
Desv.estánd	0,5213	0,8041	0,8150	0,6498

Tabla 4

La imagen más señalada como "triunfadora en la vida" (V.15) es la delgada coincidiendo la moda y la mediana.

	V17. P1 21	V18. P1 22	19. P1 23	V20. P1 24
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	503,0000	388,0000	369,0000	503,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	4,0000
Media:	3,0671	2,3659	2,2500	3,0671
Mediana:	3,0000	2,0000	2,0000	3,0000
Moda:	2,0000	2,0000	2,0000	3,0000
Varianza:	1,2699	0,7686	0,5899	0,9162
Desv.estánd	1,1269	0,8767	0,7681	0,9572

Tabla 5

Las enfermas han determinado que la "imagen que consideran que tiene más amigos/as" (V.17) según la moda es la

El "IMC ideal" según la edad de las pacientes debería rondar los 21 puntos.

Las niñas identificaron de media que la chica "más en forma" (v.11), estaría a medio camino entre la representada como delgada y la normal, pero el valor que deja el 50% de valores arriba y abajo es la modelo normal coincidiendo con la moda. La mayoría identifica que las "modelos publicitarias" (V.12) son delgadas estando la mediana y la moda en la opción delgada.

Las enfermas han contestado que la imagen normal es la que consideran "más sana" (V.16) siendo la dispersión menor a 1 "Las modelos de pasarela" (V.13) según la moda son hiperdelgadas, coincidiendo con la mediana y con media muy próxima a 1. Los valores respecto a "la chica más exigente" (V.14) coinciden con los de las modelos de pasarela, las personas más autoexigentes son hiperdelgadas.

imagen delgada, pero sin embargo la media y la mediana están cerca de 3, imagen normal, por lo que el 50% considera que tienen más amigos las imágenes hiperdelgadas y delgadas. También creen que la "imagen que triunfa con chicos" (V.18) es la delgada estando la media y la mediana en el mismo valor alrededor de 2, por tanto es mucho más dispersa la muestra en torno a las preferencias en cuanto al número de

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

amigos, que en la variable que determina el gustar a los chicos. De la misma manera la imagen que se "identifica con la persona que más admiran" (V. 19) corresponde a la imagen delgada coincidiendo moda y

mediana y estando la media próxima entre la imagen delgada y la normal. En cuanto a "cómo se perciben en la actualidad" (V.20), la imagen normal es la más elegida, el valor medio está en torno a la misma imagen aunque con mayor dispersión.

	V21. P1 25	V22. P1 26	V23. P1 27	V24. P2 28
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	526,0000	352,0000	451,0000	364,0000
Máximo:	6,0000	4,0000	6,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	3,0000	5,0000	4,0000
Media:	3,2073	2,1463	2,7500	2,2195
Mediana:	3,0000	2,0000	3,0000	2,0000
Moda:	4,0000	2,0000	3,0000	2,0000
Varianza:	1,3717	0,4054	0,5412	0,7079
Desv.estánd	1,1712	0,6367	0,7356	0,8414

**Tabla 6**

Las enfermas han elegido como moda "respecto a como eran de pequeñas" (V.21) la imagen rellenita predominantemente siendo la desviación mayor, la mediana divide la muestra en torno a la figura normal por encima y por debajo de la cual están el 50% de los valores. En cuanto a la "imagen a la que más les gustaría parecerse" (V.22) a las

enfermas, es la imagen delgada, la cual divide el 50% de la muestra con una desviación pequeña de valores y un valor medio igualmente próximo a la media y a la moda. Las enfermas identifican a la "mayoría de la gente" (V.23) con la imagen normal. Las enfermas identificaron que bastantes "chicas hacen dieta alguna vez pero sin dejar de comer" (V.24), respondiendo a la moda, por otra parte la mediana es también 2 lo que significa que el 50% de las enfermas piensan que muchísimas chicas tienen este comportamiento y que la media de las cinco categorías es 2,2 por lo que la mayoría opinan que bastantes chicas comen aunque a veces hagan dieta.

	V.25. P2 29	V26. P2 30	V.27. P2 31	V.28. P2 32
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	434,0000	375,0000	442,0000	418,0000
Máximo:	5,0000	5,0000	6,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	4,0000	5,0000	4,0000
Media:	2,6463	2,2866	2,6951	2,5488
Mediana:	3,0000	2,0000	3,0000	2,5000
Moda:	3,0000	2,0000	3,0000	2,0000
Varianza:	1,0091	0,9727	1,0778	1,0891
Desv.estánd	1,0045	0,9863	1,0382	1,0436

**Tabla 7**

En esta variable, "las chicas de hoy no hacen dieta y comen de todo" (V.25), la moda está en torno a que algunas están a favor de esta actitud, la media nos indica que los valores se centran igualmente entre el valor "bastante" y "algunas" que no hacen dieta, el 50% opinan que la mayoría o bastantes chicas no hacen dieta y el

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

50% que opinan que casi ninguna o ninguna "no hacen dieta y comen de todo". Eligieron en mayoría que bastantes "toman productos dietéticos anunciados" (V.26), el 50% de la muestra dice que la mayoría lo hace y el otro que algunas, casi ninguna o ninguna. Del mismo modo y siendo la desviación acusada respecto a la media, las enfermas opinaron que algunas chicas de su edad "dejan de comer para ir a la moda" (V.27) la mediana nos dice que el 50% opinan que la mayoría o bastantes lo hacen y el otro 50% casi ninguna o ninguna, siendo la dispersión mayor.

	V.29. P2 33	V.30. P2 34	V.31. P3 35	V.32. P3 36
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	353,0000	499,0000	491,0000	380,0000
Máximo:	5,0000	5,0000	6,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	4,0000	5,0000	4,0000
Media:	2,1524	3,0427	2,9939	2,3171
Mediana:	2,0000	3,0000	3,0000	2,0000
Moda:	2,0000	3,0000	3,0000	2,0000
Varianza:	1,1170	0,8579	1,1524	1,0336
Desv.estándar	1,0569	0,9262	1,0735	1,0167

**Tabla 8**

Respecto a si las "chicas leen toda información de belleza" (V.29) que les llega, el valor más repetido es bastantes al igual que el valor medio en torno a 2 (bastantes) y también la mediana que divide entre los que opinan que la mayoría y bastantes lo hacen y los que opinan que casi ninguna, ninguna o algunas actúan así, la desviación en este caso es mayor a 1 por lo que se anuncia que la dispersión de es mayor en torno a la media.

Según los datos, existe un valor medio de 2,54, coincidente con la mediana que especifica que las "chicas dejan de comer para parecerse a las modelos publicitarias"(V.28), la media de las opiniones se centra en que bastantes y algunas chicas hacen ésto, el 50% de la muestra opina que la mayoría y bastantes chicas lo piensan, las otras que casi ninguna o algunas lo hacen.

Respecto a si las chicas "toman laxantes, vomitan o hacen ejercicio compulsivo para adelgazar" (V.30) la mayoría opinan que algunas lo hacen, la muestra se divide entre los que opinan que la mayoría/bastantes y los que casi ninguna o ninguna. Respecto a la (V.31) la dispersión es mayor y la moda está en torno a que algunas piensan en "adelgazar para solucionar sus problemas", la mediana también nos dice que la mitad opina que la mayoría o bastantes chicas hacen ésto y la otra mitad piensa que casi ninguna lo hace. La (V.32) nos explica como la mitad de la muestra piensa que la mayoría y/o bastantes "chicas adelgazan para tener amigos", la otra mitad que casi ninguna, ninguna o algunas actúan así, según la moda, bastantes chicas dejan de comer para tener amigos, la desviación en torno a la media es alta por lo que los valores se encuentran dispersos en torno al promedio.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

	V33. P3 37	V.34. P3 38	V.35. P3 39	V.36. P3 40
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	358,0000	318,0000	411,0000	358,0000
Máximo:	5,0000	6,0000	5,0000	7,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	5,0000	4,0000	6,0000
Media:	2,1829	1,9390	2,5061	2,1829
Mediana:	2,0000	2,0000	2,0000	2,0000
Moda:	2,0000	1,0000	2,0000	1,0000
Varianza:	0,8812	1,0695	1,1646	1,2592
Desv.estándar:	0,9387	1,0341	1,0792	1,1222

Tabla 9

(V.33) las chicas que "quieren adelgazar para estar a la moda", en opinión de las enfermas, son bastantes, coincidiendo este valor con la mediana, la desviación es inferior a 1, la dispersión de los valores está en torno al valor de 2,2.

(V.34) la mayoría de las enfermas opinan que la mayoría quieren "adelgazar para ser admiradas y tener éxito", estando el 50% de la muestra entre los que piensan que la

mayoría, o bastantes lo hacen por esta razón. (V.35) las enfermas opinan que bastantes chicas "adelgazan porque ven mucha publicidad de productos adelgazantes", estando la mitad de la muestra por encima del valor 2, perteneciente a la opinión de bastantes chicas que así actúan y otra mitad que opinan que algunas, casi ninguna o ninguna lo hacen, las medidas de dispersión están por encima de 1.

(V.36) la mayoría según la muestra quieren "adelgazar para parecerse a las modelos", estando la mediana en torno al valor 2 por lo que la mitad opinan que la mayoría lo hacen por esta razón y la otra que algunas, casi o ninguna lo hacen por esto.

	V37.P4 41	V38.P4 42	V39.P4 43	V40. P4 44
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	605,0000	593,0000	503,0000	28,0000
Máximo:	7,0000	7,0000	7,0000	7,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Media:	3,6890	3,6159	3,0671	4,4390
Mediana:	4,0000	3,0000	3,0000	5,0000
Moda:	1,0000	3,0000	3,0000	7,0000
Varianza:	4,0557	2,6512	2,6601	4,2707
Desv.estándar:	2,0139	1,6283	1,6310	2,0666

Tabla 10

La mayoría de las enfermas han elegido la información "relacionada con los consejos de belleza" (V.37) como primera opción, la desviación es muy grande por lo que la dispersión en torno a las preferencias medias son elevadas en torno al valor 3,7. El 50% de la muestra ha elegido este tema

como 1º, 2º, 3º opción y la otra mitad como 5º, 6º, 7º opción.

El "tema de sexualidad y chicos" (V.38) fue más preferido en 3º lugar, valor que dividía igualmente la muestra, y cuyo valor medio es 3,6, aunque la dispersión es bastante grande. La "información de moda" (V.39) fue la más preferida en 3º lugar, en torno a la media y a una mediana de 3.

La "información de actualidad" (V.40) fue elegida en mayor número en 7º lugar, con un valor medio del 4º lugar y una mediana de 5 que divide la muestra entre los que han elegido la actualidad en 1º, 2º, 3º, 4º lugar y los que eligieron en 6º, 7º lugar.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

	V41. P4 45	V42. P4 46	V43. P4 47	V44. P5 48
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	841,0000	796,0000	528,0000	377,0000
Máximo:	7,0000	7,0000	7,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	6,0000	6,0000	6,0000	5,0000
Media:	5,1280	4,8537	3,2195	2,2988
Mediana:	6,0000	5,0000	3,0000	2,0000
Moda:	7,0000	5,0000	1,0000	1,0000
Varianza:	3,8434	2,5883	3,9518	1,7095
Desv.estándar:	1,9604	1,6088	1,9879	1,3075

Tabla 11

(V.41) los productos adelgazantes ocupan en mayoría, el 7º lugar frente a una mediana que divide entre los que opinan y prefieren a éstos en 1º,2º,3º,4º,5º lugar y los que piensan que se ubica en 7º lugar, "la publicidad interesa" (V.42) en la mayor parte de la veces en 5º lugar, la mediana divide a los que la han preferido en

	V.45. P5 49	V.46. P5 50	V.47. P5 51	V.48. P5 52
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	301,0000	485,0000	287,0000	407,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	1,8354	2,9573	1,7500	2,4817
Mediana:	2,0000	3,0000	1,0000	2,0000
Moda:	1,0000	3,0000	1,0000	1,0000
Varianza:	0,8692	1,6140	1,0899	1,9448
Desv.estándar:	0,9323	1,2704	1,0440	1,3946

Tabla 12

(V.45) La mayor parte de las enfermas determinaron que la publicidad les informaba de los productos y las modas estando muy de acuerdo en esta afirmación, la mediana en esta distribución significa que el 50% opinan que están muy

1º,2º,3º,4º lugar y los que la han preferido en 6º,7º lugar siendo la dispersión grande.

"Otras informaciones" (V.43) fue la más elegida en primer lugar aunque los valores de la mediana dividen entre los que la han elegido en 1º,2º lugar y 4º,5º,6º,7º lugar.

(V.44) la mayoría han elegido que están muy de acuerdo con "la publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así" la mediana es 2, la mitad de la muestra opina de esa manera estando muy y bastante de acuerdo, el resto piensa en que le resulta indiferente o está muy o un poco en desacuerdo con esa opinión.

de acuerdo o bastante de acuerdo con que la publicidad cumple esta función y el otro 50% está indiferente, muy y bastante en desacuerdo con la afirmación, la desviación es pequeña por lo que existe concentración en torno a la media o punto de equilibrio de la distribución. (V.46) a la mayor parte de las niñas les resultaba indiferente la "prohibición de productos light", estando el 50% a favor o indiferente y el otro 50%, indiferente o en desacuerdo, (V.47) la mayoría de las enfermas están muy de acuerdo con que "la publicidad corta los programas", aunque exista dispersión en las respuestas, aun así el 50% opinan que están de acuerdo.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPOTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

(V.48) las niñas opinan en mayoría que las "modelos de publicidad son estupendas" y el 50% opinan que están muy de acuerdo,

siendo la distribución asimétrica a la izquierda.

	V.49. P5 53	V.50. P6 54	V.51. P6 55	V.52. P6 56
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	589,0000	425,0000	394,0000	418,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	5,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	4,0000	4,0000
Media:	3,5915	2,5915	2,4024	2,5488
Mediana:	4,0000	3,0000	2,0000	3,0000
Moda:	4,0000	3,0000	2,0000	1,0000
Varianza:	1,4124	1,1319	1,1307	1,4305
Desv.estánd	1,1884	1,0639	1,0634	1,1961

Tabla 13

(V.49) La mayoría piensan que están bastante en desacuerdo con que "la publicidad sea divertida y bonita e inofensiva", el 50 % de las niñas están muy, bastante en desacuerdo con esto, el valor medio igualmente está muy cercano a los anteriores para una dispersión mayor, por lo que existe mucha diversificación de opiniones en torno a los grados de estar muy, bastante identificada o resultar indiferente ante la opinión.

V.50. en relación a "la esclavitud frente a la moda" la mayoría se sienten algo identificadas, estando la distribución dividida simétricamente entre los que se ven muy influidos y los que no, la media se acerca igualmente al valor 3, para una dispersión superior a 1.

(V.51) la mayoría están bastante de acuerdo con "ir como la gente de su edad", y al 50% le interesa ir como la gente de su edad, estando muy y bastante de acuerdo, el punto de equilibrio está en el 2,4.

(V.52) la mayoría están muy identificadas con la opinión de "llegar a ser modelos y gustarle la moda", pero existe una diferencia muy grande entre la moda y la mediana ya que esta divide a la distribución simétricamente entre los que si están de acuerdo y los que no, con esta opinión, la media está próxima al valor de la mediana.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

	V.53. P6 57	V.54. P6 58	V.55. P7 59	V.56. P7 60
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	469,0000	371,0000	523,0000	512,0000
Máximo:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000
Media:	2,8598	2,2622	3,1890	3,1220
Mediana:	3,0000	2,0000	4,0000	3,0000
Moda:	3,0000	1,0000	4,0000	4,0000
Varianza:	1,0840	1,5471	1,0070	1,0949
Desv.estándar	1,0411	1,2438	1,0035	1,0464

Tabla 14

(V.53) la mayor parte están "algo" identificadas en que "la moda aunque divertida no les obsesiona nada". La mediana coincide con este valor por lo que la distribución está simétricamente distribuida en cuanto a número de valores que están muy, bastante o algo identificados y los que no se sienten nada identificados o muy poco, la media está igualmente cerca del 3.

(V.54) la mayoría de las enfermas opinan que "les gustan las modelos pero son muy

	V.57. P 7 61	V.58. P7 62	V.59. P7 63	V.60. P8 64
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	386,0000	526,0000	574,0000	458,0000
Máximo:	5,0000	5,0000	5,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	4,0000	4,0000	5,0000
Media:	2,3537	3,2073	3,5000	2,7927
Mediana:	2,0000	4,0000	4,0000	3,0000
Moda:	2,0000	4,0000	4,0000	3,0000
Varianza:	0,8993	0,9570	0,7988	1,8717
Desv.estándar	0,9483	0,9783	0,8937	1,3681

Tabla 15

(V.57) en mayoría "las chicas sienten que sus familias son bastantes protectoras" con ellas, la mediana igualmente nos dice que

flacas", el 50 % están muy, bastantes identificadas con la opinión, la dispersión es bastante grande.

(V.55) en cuanto al aspecto "familiar" la mayoría dicen que su familia no se mete nada con ellas ni invaden su vida. El 50% opinan así y la dispersión es 1, el 50 % de la muestra presenta valores cercanos al 1,2, correspondientes a que la familia influye mucho y bastante en las niñas.

(V.56) la mayoría aseguran que sus "familias no están nada obsesionados con el físico", la distribución se divide entre los que si están preocupados y los que no dando más peso a los grados de nada y poco importante que al resto, aunque la dispersión es 1, la media se acerca a la mediana, por lo que la mayoría de valores se concentran en torno al 3 aunque teniendo en cuenta la dispersión mayor.

la mitad de las chicas se sienten muchísimo o bastante protegidas. (V.58) la mayoría no "se sienten invadidos por sus padres", coincidiendo la mediana y la moda en el valor de nada acosadas. (V.59) la mayoría ha opinado que "sus padres se llevan bien", coincidiendo con la mediana en 4, la distribución se divide entre los que opinan que sus padres se llevan bien y los que opinan que se llevan mal o regular, la dispersión en esta variable es menor.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

	V.61. P8 65	V.62. P8 66	V.63. P8 67	V.64. P8 68
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	488,0000	416,0000	616,0000	513,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	2,9756	2,5366	3,7561	3,1280
Mediana:	3,0000	2,0000	4,0000	3,0000
Moda:	2,0000	1,0000	5,0000	4,0000
Varianza:	1,7921	1,8706	1,8673	2,1848
Desv.están:	1,3387	1,3677	1,3665	1,4781

Tabla 16

V.60,61,62,63,64, la más preferida fue la opción de "influencia de los amigos en las formas y temas de conversación", seguida de "la forma de comportarse ante otros amigos o la familia", en cuanto a la influencia que los amigos ejercen a la hora del vestir las niñas han elegido

	V.65. P9 69	V.66. P9 70	V.67. P9 71	V.68. P9 72
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	258,0000	501,0000	265,0000	410,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	1,5732	3,0549	1,6159	2,5000
Mediana:	1,0000	3,0000	1,0000	2,0000
Moda:	1,0000	3,0000	1,0000	1,0000
Varianza:	1,3056	1,7714	1,3463	2,0305
Desv.están:	1,1426	1,3309	1,1603	1,4250

Tabla 17

(V.65) para "sentirse bien no debo obsesionarme con mi cuerpo", fue elegida en mayoría como muy de acuerdo, V.66. la mayoría le resulta indiferente que "haya información de dietas al alcance para estar mejor", coincidiendo con la mediana en 3, y con una media similar.

mayoritariamente esta opción en 3º lugar, en 4º lugar les influyen porque envidian a alguno de ellos por su aspecto físico, y por último les influyen en los temas de la alimentación, la manera de comportarse y la envidia a alguno de ellos, divide la distribución, siendo el 50 % de la muestra las que eligieron estas opciones en 1º,2º o 3º lugar y la otra mitad en 3º,4º,5º lugar.

La variable de "temas de conversación" (V.62) está dividida entre los que eligieron la opción en 1º,2º lugar y los que eligieron 3º,4º,5º lugar, además de ser la moda de las variables. La variable de "formas de alimentación", dividida entre los que opinan así en 4º,5º lugar y el resto.

(V.66) la mayoría está muy de acuerdo en "ser querida y aceptada para estar mejor", la mediana es también 1, que corrobora a la moda.

(V.67) la mayoría están muy de acuerdo en que "las modelos de pasarela deberían dejar de ser el patrón de perfección", la mitad están muy o bastante de acuerdo con ésto, la dispersión en torno a la media es la mayor hasta el momento.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

	V.69. P9 73	V.70. P9 74	V.71. P9 75	V.72. P9 76
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	253,0000	504,0000	531,0000	326,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	1,5427	3,0732	3,2378	1,9878
Mediana:	1,0000	3,0000	3,0000	2,0000
Moda:	1,0000	3,0000	5,0000	1,0000
Varianza:	1,0896	1,6654	2,7300	1,6584
Desv.estánd:	1,0439	1,2905	1,6523	1,2878

Tabla 18

(V.69) la mayoría esta muy identificada con la opinión de que para "ser normal debería tener un peso normal que pudiera controlar", la mediana coincide en esta opinión. (V.70) A la mayoría resulta

	V.73. P9 77	V.74. P10 78	V.75. P10 79	V.76. P10 80
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	492,0000	303,0000	391,0000	569,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	3,0000	1,8476	2,3841	3,4695
Mediana:	3,0000	2,0000	2,0000	4,0000
Moda:	3,0000	1,0000	2,0000	4,0000
Varianza:	2,0000	1,2268	1,3463	1,3222
Desv.estánd:	1,4142	1,1076	1,1603	1,1499

Tabla 19

(V.73) resulta indiferente para la mejoría que las "modelos publicitarias sean

	V.77. P10 81	V.78. P10 82	V.79. P10 83	V.80. P10 84
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	473,0000	464,0000	658,0000	393,0000
Máximo:	6,0000	6,0000	6,0000	6,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Media:	2,8841	2,8293	4,0122	2,3963
Mediana:	3,0000	3,0000	4,0000	2,0000
Moda:	3,0000	3,0000	5,0000	2,0000
Varianza:	1,7732	1,9465	1,0974	1,4588
Desv.estánd:	1,3316	1,3952	1,0476	1,2078

Tabla 20

indiferente que "haya o no productos light" en el mercado para que ellas mejoraran, la mediana divide la distribución en este valor indiferente, con una dispersión alta superior a 1.

(V.71) la mayoría opinan nada importante "vivir en mejor ambiente para mejorar" puesto que como ya hemos visto las familias reflejadas se llevan bien en general, aunque luego la mediana divide la distribución en torno al valor 3 existiendo por tanto una dispersión muy grande.

(V.72) la mayoría creen muy importante "gustar a un chico que las acepte tal cual", estando la mediana en el punto de 2.

estupendas" (V.74) la mayoría presta más atención a los "anuncios de ropa y moda", la mediana dice que la mitad presta mucha o bastante atención, la dispersión es mayor de 1 (similar a variables parecidas)

(V.75) la mayoría está bastante pendiente de la publicidad de colonias y perfumes.

(V.76) la mayoría no presta ninguna atención a publicidad de "coches y otros vehículos"

(V.77) la publicidad de alimentación resulta indiferente a la mayoría, coincide con la mediana y la dispersión es mayor a 1.

(V.78)"la publicidad de productos light" resulta indiferente y la mediana coincide con este valor.

(V.79) la mayoría no presta nada de atención a los "productos de telefonía y

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

seguros", la mediana divide al 50% los que no prestan nada o poca atención.

(V.80) la mayoría presta bastante atención a "la higiene y su publicidad", la mediana

es también 2, en torno a la que se divide la muestra de los que no prestan nada o poca atención y los que prestan mucha, bastante o les es indiferente.

	V.81.P11 85	V.82.P11 86	V.83. P11 87	V.84. P11 88
Nº de casos:	164	164	164	164
Suma:	332,0000	257,0000	358,0000	409,0000
Máximo:	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
Mínimo:	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Rango:	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000
Media:	2,0244	1,5671	2,1829	2,4939
Mediana:	2,0000	1,0000	2,0000	2,0000
Moda:	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000
Varianza:	1,2677	0,6601	1,0763	0,8719
Desv.estándar	1,1259	0,8125	1,0374	0,9338

*Tabla 21*

(V.81) la mayoría se "compara con las modelos de la televisión para ver si son gordas o delgadas", la mediana indica que la mitad de la muestra hace ésto mucho o bastante, la dispersión es un poco superior a la del resto de variables de este tipo respecto a la media de 2.

(V.82) la mayoría presta mucha "atención a los productos dirigidos a su edad de la

publicidad" y la mitad se mantiene aquí por lo que la distribución es asimétrica a la izquierda y la dispersión no alta.

(V.83) la mayoría prestan alguna vez atención a "los productos para estar en forma", siendo la mitad de la distribución coincidentes en que siempre o al menos alguna vez miran esta publicidad .

(V.84) la mayoría coincide que alguna vez le "influye y llama la atención la publicidad", la mitad opinan que le llama la atención pero no le influye siempre o alguna vez, frente a la mitad que opinan que nunca o casi nunca escapan a la influencia de la publicidad, la dispersión de valores está un poco por debajo de 1.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## VI.7.2 Tabulación simple. Tablas de frecuencias de las variables para la muestra de enfermas.

En este análisis univariable vamos a determinar las tablas de frecuencias correspondientes a las variables preguntadas desde la óptica de las enfermas de TCA.

Variable 11: IDENTIFICA DE LOS DIBUJOS ANTERIORES CUAL CREE QUE ESTA MAS EN FORMA SEGUN TU OPINIÓN

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUJER HIPER DELGADA	4	2,44	2,44
2 MUJER DELGADA	76	46,34	46,34
3 MUJER NORMAL	83	50,61	50,61
5 MUJER OBESA	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 12: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS COMO SON PARA TI LAS MODELOS PUBLICITARIAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	39	23,78	23,78
2 DELGADA	115	70,12	70,12
3 NORMAL	9	5,49	5,49
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 13: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS COMO SON LAS MODELOS DE PASARELA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	105	64,02	64,02
2 DELGADA	56	34,15	34,15
3 NORMAL	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 14: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL CREE QUE ES MAS EXIGENTE CON ELLA MISMA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	125	76,22	76,22
2 DELGADA	27	16,46	16,46
3 NORMAL	7	4,27	4,27
4 RELLENITA	1	0,61	0,61
5 OBESA	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 15: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL CREE QUE TRIUNFA MAS EN LA VIDA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	10	6,10	6,10
2 DELGADA	82	50,00	50,00
3 NORMAL	60	36,59	36,59
4 RELLENITA	9	5,49	5,49
5 OBESA	1	0,61	0,61
6 NC	2	1,22	1,22
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 16: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL CREE QUE ES LA QUE ESTA MAS SANA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	1	0,61	0,61
2 DELGADA	35	21,34	21,34
3 NORMAL	113	68,90	68,90
4 RELLENITA	11	6,71	6,71
5 OBESA	3	1,83	1,83
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 17: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL CREE QUE TIENE MÁS AMIGOS/AS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	2	1,22	1,22
2 DELGADA	60	36,59	36,59
3 NORMAL	55	33,54	33,54
4 RELLENITA	24	14,63	14,63
5 OBESA	18	10,98	10,98
6 NC	5	3,05	3,05
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 18: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL CREE QUE TIENE MÁS ÉXITO CON CHICOS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	8	4,88	4,88
2 DELGADA	106	64,63	64,63
3 NORMAL	44	26,83	26,83
6 NC	6	3,66	3,66
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 19: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL SE PARECE MÁS A LA PERSONA QUE MÁS ADMIRAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	18	10,98	10,98
2 DELGADA	98	59,76	59,76
3 NORMAL	40	24,39	24,39
4 RELLENITA	6	3,66	3,66
5 OBESA	1	0,61	0,61
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 20: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CON CUAL TU TE IDENTIFICAS MÁS AHORA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	9	5,49	5,49
2 DELGADA	30	18,29	18,29
3 NORMAL	79	48,17	48,17
4 RELLENITA	33	20,12	20,12
5 OBESA	13	7,93	7,93
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 21: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CUAL SE PARECE MÁS FÍSICAMENTE A TI DE NIÑA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	13	7,93	7,93
2 DELGADA	35	21,34	21,34
3 NORMAL	43	26,22	26,22
4 RELLENITA	54	32,93	32,93
5 OBESA	16	9,76	9,76
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 22: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS A CUAL TE GUSTARÍA PARECERTE

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	20	12,20	12,20
2 DELGADA	103	62,80	62,80
3 NORMAL	38	23,17	23,17
4 RELLENITA	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 23: IDENTIFICA EN LOS DIBUJOS CON CUAL IDENTIFICAS A LA MAYORÍA DE LA GENTE

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 HIPERDELGADA	5	3,05	3,05
2 DELGADA	52	31,71	31,71
3 NORMAL	88	53,66	53,66
4 RELLENITA	18	10,98	10,98
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Las variables siguientes son similares, todas ellas relacionadas con una serie de fotos que las niñas identificaron según su opinión. Las chicas relacionaron casi al 50 % las figuras que consideraban como la que estaba más en forma a las representaciones de la mujer delgada y la normal siendo muy ligeramente superior el porcentaje para la segunda, sin embargo identifican a la que está más sana con la figura normal por encima de la delgada en un porcentaje del 68%, 21% para la segunda, hay aún un porcentaje pequeño que identifica la más sana con la figura rellenita y solo un 2% con la obesa, lo importante de este dato es que hay un 50% de la muestra que cree que la imagen normal es la que está más sana y más en forma, pero mayor número opinan que la que está más sana es la normal con un 68%, aunque hayan opinado que la que está más en forma sea la delgada u otras.

En el caso de las modelos publicitarias las enfermas identificaron en mayor porcentaje a la representación delgada que a la hiperdelgada, en una proporción del

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

70% al 24% frente a las modelos de pasarela que aparecen identificadas en mayor medida con la figura hiperdelgada en una proporción de 64% a 34% para la figura delgada, por tanto ven de distinta manera la imagen modelo de pasarela, que la representación mental de la mujer publicitaria. En cuanto al nivel de exigencia, la mujer hiperdelgada es la más autoexigente en más del 70%, coincidiendo esta percepción con uno de los rasgos de personalidad de las enfermas restrictivas y aunque no se correlaciona directamente la autoexigencia con el triunfo social, en este caso la más elegida fue la modelo delgada y la normal, aunque muy superior fue el porcentaje para la primera con un 50% frente al 37%.

Las variables que relacionan el número de amigos y la que relaciona el éxito con chicos presentan curiosidades, en el caso de tener amigos existe bastante igualdad entre la imagen delgada y normal, 37% y 30 % respectivamente con un 25% para la rellenita, sin embargo a la hora de tener éxito con los chicos, la mayoría consideran a la delgada, 65% de la muestra.

La mayoría, se identifican en la actualidad con la modelo normal en torno al 40%, entre un 18-20% se identifican aproximadamente como delgadas o rellenitas y un porcentaje del 8% obesas y un 5% hiperdelgadas, comparándolos con la variable como quieren estar, la mayoría quiere estar delgada en un 63%, otro 23% importante quiere ser normal, y un 12% hiperdelgada, en general aunque debido al periodo de tratamiento que desarrollan, la mayoría tienen conciencia de enfermedad y a pesar de aceptarse como personas normales, intentan estar más delgadas que en la actualidad.

Comparativamente con como eran de pequeñas, la mayoría viene de una evolución de ligero sobrepeso ya que se identifican en mayoría con la imagen rellenita 32%, aunque cerca de las que eran normales 26% y las delgadas 20%, solo un 9% confesó haber sido obesa. En el caso de la persona que más admiran es curioso apreciar como el 60% admiran a una mujer delgada que coincide justamente con la imagen de cómo quisieran estar en torno a un 60%, igualmente viendo por el contrario de manera normal al resto de la gente en un 54% y de manera delgada al 32 %. En general la mayoría identifican de diferente manera a la media poblacional que a la persona que admiran.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 24: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? A VECES HACES DIETA, PERO SIN DEJAR DE COMER

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 LA MAYORÍA	34	20,73	20,73
2 BASTANTES	69	42,07	42,07
3 ALGUNAS	53	32,32	32,32
4 CASI NINGUNA	7	4,27	4,27
5 NINGUNA	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

Variable 25: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? NO HACEN DIETAS Y COMEN EQUILIBRADAMENTE DE TODO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	25	15,24	15,24
2 BASTANTES	43	26,22	26,22
3 ALGUNAS	65	39,63	39,63
4 CASI NINGUNA	27	16,46	16,46
5 NINGUNA	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00
Total Muestra	164		

En cuanto a las dietas de las niñas de edades como las de la muestra, las enfermas han identificado que alrededor del 43% opinan que bastantes chicas hacen dieta aunque sin dejar de comer y un 32% opinaron que solo algunas lo hacían debido a que las enfermas responden por lo que ven en su entorno y en la educación que reciben en el tratamiento, por otra parte casi un 40% opinan que solo algunas chicas de su edad no hacen dietas y comen equilibradamente, aunque por otra parte un 26% opinan que son bastantes las que se mantienen en la normalidad y no hacen dieta.

Variable 26: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? TOMAN PRODUCTOS LIGHT, Y OTROS ANUNCIADOS EN TV Y PRENSA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	40	24,39	24,39
2 BASTANTES	58	35,37	35,37
3 ALGUNAS	47	28,66	28,66
4 CASI NINGUNA	17	10,37	10,37
5 NINGUNA	2	1,22	1,22
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 27: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? DEJAN DE COMER PARA PONERSE ROPA DE MODA AJUSTADA.

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	19	11,59	11,59
2 BASTANTES	54	32,93	32,93
3 ALGUNAS	58	35,37	35,37
4 CASI NINGUNA	25	15,24	15,24
5 NINGUNA	7	4,27	4,27
6 N.C	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 28: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? HACEN DIETA PARA SER COMO LAS MODELOS PUBLICITARIAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	28	17,07	17,07
2 BASTANTES	54	32,93	32,93
3 ALGUNAS	51	31,10	31,10
4 CASI NINGUNA	26	15,85	15,85
5 NINGUNA	5	3,05	3,05
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 29: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? LEEN TODA INFORMACION SOBRE BELLEZA, ADELGAZAMIENTO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	52	31,71	31,71
2 BASTANTES	59	35,98	35,98
3 ALGUNAS	34	20,73	20,73
4 CASI NINGUNA	14	8,54	8,54
5 NINGUNA	5	3,05	3,05
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 30: ¿QUE HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA? QUEMAN LO QUE COMIERON HACIENDO EJERCICIO, VOMITOS, LAXANTES, ETC...

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	9	5,49	5,49
2 BASTANTES	30	18,29	18,29
3 ALGUNAS	80	48,78	48,78
4 CASI NINGUNA	35	21,34	21,34
5 NINGUNA	10	6,10	6,10
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

A propósito de lo que hacen las jóvenes para adelgazar. Las enfermas han dicho en el 35% que las chicas toman productos light anunciados, hay un 24% que piensan que la mayoría lo hace, estando la mitad de la muestra entre los que dicen que la mayoría o bastantes se comportan así. En cuanto a la moda de la ropa ajustada como acicate para dejar de comer, el 35% piensan que algunas así lo hacen y el 33% que bastantes, por tanto más del 50% opinan que bastantes o algunas actúan así. En cuanto a la identificación de las enfermas con modelos publicitarias como estímulo para adelgazar existen datos parecidos a los respectivos a la voluntad de vestir prendas ajustadas, en torno al 30% opinan que bastante o algunas, el resto de la muestra repartida uniformemente entre las que opinan que la mayoría y las que piensan que ninguna o casi ninguna se ven influidos.

Más del 60% opinan que las chicas leen todo lo que les llega a propósito de dietas y belleza, frente al 30% que opinan que solo algunas o ninguna lo hacen, por tanto aquí existe mayor concentración en los aspectos definitorios afirmativos que negativos, teniendo mayor peso entre las causas la información. Analizando la percepción de conductas relacionadas con TCA, han determinado en torno al 50% que solo algunas chicas tienen conductas enfermizas para adelgazar, estando la muestra más orientada a aspectos poco representativos de esta variable, ya que solo el 23% aseguraba que muchas o bastantes lo hacían.

Variable 31: ¿POR QUE ADELGAZAN LAS CHICAS DE TU EDAD? PARA SOLUCIONAR ASI SUS PROBLEMAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	17	10,37	10,37
2 BASTANTES	30	18,29	18,29
3 ALGUNAS	67	40,85	40,85
4 CASI NINGUNA	38	23,17	23,17
5 NINGUNA	11	6,71	6,71
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 32: ¿POR QUE ADELGAZAN LAS CHICAS DE TU EDAD? QUIEREN ADELGAZAR PARA TENER MÁS AMIGOS/AS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	38	23,17	23,17
2 BASTANTES	61	37,20	37,20
3 ALGUNAS	44	26,83	26,83
4 CASI NINGUNA	17	10,37	10,37
5 NINGUNA	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 33: QUIEREN ADELGAZAR PARA ESTAR A LA MODA DE LA ROPA AJUSTADA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	41	25,00	25,00
2 BASTANTES	68	41,46	41,46
3 ALGUNAS	42	25,61	25,61
4 CASI NINGUNA	10	6,10	6,10
5 NINGUNA	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 34: ¿POR QUE ADELGAZAN LAS CHICAS DE TU EDAD? PARA TENER EXITO Y ADMIRACIÓN.

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MAYORÍA	70	42,68	42,68
2 BASTANTES	51	31,10	31,10
3 ALGUNAS	31	18,90	18,90
4 CASI NINGUNA	8	4,88	4,88
5 NINGUNA	3	1,83	1,83
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 35: ¿POR QUE ADELGAZAN LAS CHICAS DE TU EDAD? QUIEREN ADELGAZAR PORQUE VEN MUCHA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS ADELGAZANTES Y DE BELLEZA

Valor Significado	Frecuencia Total Muestra		
1 MAYORÍA	26	15,85	15,85
2 BASTANTES	69	42,07	42,07
3 ALGUNAS	38	23,17	23,17
4 CASI NINGUNA	22	13,41	13,41
5 NINGUNA	9	5,49	5,49
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 36: ¿POR QUE ADELGAZAN LAS CHICAS DE TU EDAD? QUIEREN ADELGAZAR PARA PARECERSE ASI A LAS MODELOS

Valor Significado	Frecuencia Total Muestra		
1 MAYORÍA	53	32,32	32,32
2 BASTANTES	53	32,32	32,32
3 ALGUNAS	42	25,61	25,61
4 CASI NINGUNA	10	6,10	6,10
5 NINGUNA	4	2,44	2,44
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

En esta ocasión se les preguntó por las causas de adelgazamiento a su alrededor y en este caso los datos son diferentes a cuando se les preguntaba por la percepción que tenían de su entorno en función de lo que hacían las chicas de su edad para estar en forma.

La causa más representativa a nivel social es en términos puros el "deseo de triunfar y ser admiradas, tener éxito", más del 40% contestó que la mayoría pensaban así seguido del 31% que pensaban que bastantes, estos datos pueden interpretarse en función del valor más repetido, por orden de influencia serían, la identificación con las modelos, la tendencia a querer vestir ropa ajustada y el hecho de ver publicidad de productos light, en realidad podemos agrupar la categoría de la mayoría y la de bastantes para tener más información del orden de influencia, la más representativa es la del deseo de éxito y admiración con el 74%, la segunda con 66,46% más opinada, es la necesidad de ponerse ropa ajustada, vestir tallas pequeñas que marquen las líneas y que responden a la estética actual de la juventud y al deseo de reducir tallas de ropa en el transcurso de la enfermedad.

En este caso volvemos a percibir que el hecho de vestir tallas pequeñas es diferente al de estar en forma, y que aunque marcado por límites pequeños las enfermas han entendido que vestir tallas minúsculas no es estar en forma, aunque por otra parte ellas deseen más estar delgadas que en forma. En tercer lugar, parecerse a las modelos con el 64,64% , en cuarto lugar el hecho de ver mucha publicidad de productos light, no es detonante primero para el adelgazamiento con un 58% de la muestra destacamos como el consumo de productos light se identifica más con estar en forma y no con causa de adelgazamiento.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 37: ¿QUE INFORMACION TE INTERESA MÁS? LA INFORMACION RELACIONADA CON LOS CONSEJOS DE BELLEZA,EJERCICIOS,Y DIETAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERIDA	34	20,73	20,73
2 2 PREFERIDA	26	15,85	15,85
3 3 PREFERIDA	15	9,15	9,15
4 4 PREFERIDA	28	17,07	17,07
5 5 PREFERIDA	16	9,76	9,76
6 6 PREFERIDA	33	20,12	20,12
7 7 PREFERIDA	12	7,32	7,32
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 40: ¿QUE INFORMACIÓN TE INTERESA MÁS? LA INFORMACION DE ACTUALIDAD .

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERIDA	14	8,54	8,54
2 2 PREFERIDA	27	16,46	16,46
3 3 PREFERIDA	21	12,80	12,80
4 4 PREFERIDA	18	10,98	10,98
5 5 PREFERIDA	18	10,98	10,98
6 6 PREFERIDA	27	16,46	16,46
7 7 PREFERIDA	39	23,78	23,78
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 38: ¿QUE INFORMACION TE ENTERESA MÁS? LA INFORMACION DE SEXUALIDAD Y CHICOS

Valor	Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1	1 PREFERIDA	15	9,15	9,15
2	2 PREFERIDA	28	17,07	17,07
3	3 PREFERIDA	40	24,39	24,39
4	4 PREFERIDA	38	23,17	23,17
5	5 PREFERIDA	20	12,20	12,20
6	6 PREFERIDA	11	6,71	6,71
7	7 PREFERIDA	12	7,32	7,32
Total frecuencias		164	100,00	100,00

Variable 41: ¿QUE INFORMACIÓN TE INTERESA MÁS ? LA INFORMACION DE PRODUCTOS ADELGAZANTES EXCLUSIVAMENTE

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERIDA	11	6,71	6,71
2 2 PREFERIDA	12	7,32	7,32
3 3 PREFERIDA	13	7,93	7,93
4 4 PREFERIDA	23	14,02	14,02
5 5 PREFERIDA	17	10,37	10,37
6 6 PREFERIDA	26	15,85	15,85
7 7 PREFERIDA	62	37,80	37,80
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 39: ¿QUE INFORMACIÓN TE INTERESA MAS? LA INFORMACIÓN DE MODAS Y TENDENCIAS DEL VESTIR

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERIDA	32	19,51	19,51
2 2 PREFERIDA	37	22,56	22,56
3 3 PREFERIDA	38	23,17	23,17
4 4 PREFERIDA	22	13,41	13,41
5 5 PREFERIDA	20	12,20	12,20
6 6 PREFERIDA	10	6,10	6,10
7 7 PREFERIDA	5	3,05	3,05
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 42: ¿QUE INFORMACIÓN TE INTERESA MAS? LOS ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERIDA	5	3,05	3,05
2 2 PREFERIDA	15	9,15	9,15
3 3 PREFERIDA	16	9,76	9,76
4 4 PREFERIDA	15	9,15	9,15
5 5 PREFERIDA	48	29,27	29,27
6 6 PREFERIDA	42	25,61	25,61
7 7 PREFERIDA	23	14,02	14,02
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 43: ¿QUE INFORMACIÓN TE INTERESA MAS? OTRAS INFORMACIONES

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	52	31,71	31,71
2 2 PREFERENCIA	18	10,98	10,98
3 3 PREFERENCIA	23	14,02	14,02
4 4 PREFERENCIA	22	13,41	13,41
5 5 PREFERENCIA	22	13,41	13,41
6 6 PREFERENCIA	16	9,76	9,76
7 7 PREFERENCIA	11	6,71	6,71
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Analizando la información que resulta más preferida por las enfermas tenemos que en 1º lugar el tipo de información más elegida es la referida a otras informaciones no presentes en el cuestionario como, viajes, hobbies..., con el 32% de la muestra, en segundo lugar la más preferida fue la de la moda y tendencias del vestir con un 23%, la

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

3º preferida es la relacionada con la sexualidad y chicos con un 24,39% de la muestra, la 4º también con un 23% fue la de sexualidad y chicos, la 5º con 29% fueron los anuncios de publicidad en general, la 6º es la misma con el 26%, y la 7º la información de productos adelgazantes exclusivamente con el 37%.

Puntualmente es curioso señalar algunas cosas como que la información de belleza y adelgazamiento fue en la mayoría de las veces elegida como 1º opción, 20% y como 6º opción con un porcentaje muy similar, la moda y el vestir fueron elegidas como 3º, 2º, 1º, opción con el 24%, 23% y 19% respectivamente. La información de sexo fue elegida principalmente en 3º, 4º lugar con porcentajes en torno al 23%, la información de actualidad fue la más preferida como 7º opción con el 37%, los productos adelgazantes fueron los más elegidos en 7º lugar con el 38%, la publicidad en general fue elegida mayoritariamente en 5º, 6º lugar con 29% y 24%. Y otras informaciones estuvieron a la cabeza en el 32% de la muestra.

Variable 44: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? QUE PRESENTA GENTE ESTUPENDA CON CUERPO 10 PORQUE LA SOCIEDAD LO EXIGE ASI

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	56	34,15	34,15
2 BASTANTE ACUERDO	53	32,32	32,32
3 INDIFERENTE	21	12,80	12,80
4 BASTANTE DESACUERDO	19	11,59	11,59
5 MUY DESACUERDO	14	8,54	8,54
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 45: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? NOS INFORMA DE LOS PRODUCTOS Y LAS MODAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	69	42,07	42,07
2 BASTANTE ACUERDO	66	40,24	40,24
3 INDIFERENTE	20	12,20	12,20
4 BASTANTE DESACUERDO	6	3,66	3,66
5 MUY DESACUERDO	2	1,22	1,22
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 46: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? DEBERIAN PROHIBIR O RESTRINGIR LOS ANUNCIOS TIPO LIGHT

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	28	17,07	17,07
2 BASTANTE ACUERDO	28	17,07	17,07
3 INDIFERENTE	54	32,93	32,93
4 BASTANTE DESACUERDO	32	19,51	19,51
5 MUY DESACUERDO	21	12,80	12,80
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 47: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? HAY MUCHA PUBLICIDAD QUE INTERUMPE LOS PROGRAMAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	89	54,27	54,27
2 BASTANTE ACUERDO	43	26,22	26,22
3 INDIFERENTE	24	14,63	14,63
4 BASTANTE DESACUERDO	2	1,22	1,22
5 MUY DESACUERDO	4	2,44	2,44
6 NC	2	1,22	1,22
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 48: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? LOS/AS MODELOS PUBLICITARIOS SON SIEMPRE ESTUPENDOS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	54	32,93	32,93
2 BASTANTE ACUERDO	43	26,22	26,22
3 INDIFERENTE	19	11,59	11,59
4 BASTANTE DESACUERDO	31	18,90	18,90
5 MUY DESACUERDO	16	9,76	9,76
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 49: ¿QUE PIENSAS DE LA PUBLICIDAD? ES INOFENSIVA Y A VECES DIVERTIDA Y BONITA.

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY ACUERDO	12	7,32	7,32
2 BASTANTE ACUERDO	19	11,59	11,59
3 INDIFERENTE	33	20,12	20,12
4 BASTANTE DESACUERDO	61	37,20	37,20
5 MUY DESACUERDO	38	23,17	23,17
6 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

En relación a la opinión de publicidad, el 34% y 32% respectivamente que están muy de acuerdo o bastante de acuerdo con que la publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así, a esto hay que añadir que para el 12% le resulta indiferente, más del 65% piensan de esta manera, más del 82% confirman que la publicidad tienen una función informativa de productos y modas, muestran su desagrado porque interrumpe programas en más del 80%, siendo el 15% indiferente a esta afirmación.

En cuanto a la existencia de productos light presentes en la publicidad, a la mayoría les resulta indiferente en un 33%, el porcentaje de aquellos que están muy o bastante de acuerdo en que desaparezcan es ligeramente superior a los que piensan que están bastante o muy en desacuerdo en que desaparezcan, 34% a 32% respectivamente, las enfermas piensan en un 19% que están bastante en desacuerdo en que desaparezcan por encima de cualquier otro porcentaje exceptuando el resultado máximo de la indiferencia, antes han opinado que estas informaciones no son su principal interés, aunque su idea de estos productos sigue ligada al mensaje publicitario de estar en forma, no de causa de un TCA.

Por otra parte las modelos publicitarias son consideradas estupendas en un 33% seguidas de las que piensan que están bastante de acuerdo con esta opinión sumando más del 58% de la muestra, un 19 % menos representativo nos informa de aquellas que piensan que las modelos no son tan estupendas, la mayoría de este 19% considera no estupendas a las modelos por la aversión hacia cualquier manifestación del cuerpo como objeto de muestra a los demás. La opinión general no considera inofensiva a la publicidad en más de un 60%, frente al 20% que se sienten indiferentes, y un 17% que están muy o bastante de acuerdo con esta afirmación.

Se refleja por tanto una actitud desfavorable, en cuanto a la presentación de modelos y la masividad en los medios, considerándola poco inofensiva, por otra parte la opinión respecto a los productos de belleza y light resultan indiferentes a la muestra y concretamente opinan que la sociedad no es más que el reflejo de la sociedad, por tanto inferenciamos que existe una actitud desaprobada ante la sociedad en general.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 50: ¿QUE PIENSAS DE LA MODA? LA MODA TE ESCLAVIZA Y CAMBIAS DE ASPECTO FÁCILMENTE

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IDENTIFICADA	31	18,90	18,90
2 BASTANTE IDENTIFICADA	43	26,22	26,22
3 ALGO IDENTIFICADA	55	33,54	33,54
4 NADA IDENTIFICADA	33	20,12	20,12
5 NC	1	0,61	0,61
6	1	0,61	0,61
<hr/>			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 51: ¿QUE PIENSAS DE LA MODA? TE INTERESA IR COMO VA LA GENTE DE TU EDAD

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IDENTIFICADA	40	24,39	24,39
2 BASTANTE IDENTIFICADA	49	29,88	29,88
3 ALGO IDENTIFICADA	46	28,05	28,05
4 NADA IDENTIFICADA	27	16,46	16,46
5 NC	2	1,22	1,22
<hr/>			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 52: ¿QUE PIENSAS DE LA MODA? TE GUSTARÍA SER MODELO Y TE GUSTA LA MODA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IDENTIFICADA	45	27,44	27,44
2 BASTANTE IDENTIFICADA	33	20,12	20,12
3 ALGO IDENTIFICADA	40	24,39	24,39
4 NADA IDENTIFICADA	43	26,22	26,22
5 NC	3	1,83	1,83
<hr/>			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 53: ¿QUE PIENSAS DE LA MODA? LA MODA TE RESULTA DIVERTIDA PERO NO TE OBSESIONA NADA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IDENTIFICADA	20	12,20	12,20
2 BASTANTE IDENTIFICADA	38	23,17	23,17
3 ALGO IDENTIFICADA	55	33,54	33,54
4 NADA IDENTIFICADA	47	28,66	28,66
5 NC	4	2,44	2,44
<hr/>			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 54: ¿QUE PIENSAS DE LA MODA? ME GUSTAN LAS MODELOS PERO SON DEMASIADO FLACAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IDENTIFICADA	65	39,63	39,63
2 BASTANTE IDENTIFICADA	33	20,12	20,12
3 ALGO IDENTIFICADA	28	17,07	17,07
4 NADA IDENTIFICADA	34	20,73	20,73
5 NC	4	2,44	2,44
<hr/>			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Respecto a la influencia de la moda en sus vidas y si las esclaviza el mayor porcentaje corresponde a aquellas que están algo identificadas con la opinión en un 33%, muy cerca está el 26% que opinan estar bastante identificadas, y junto al 20% que se inclina por la escasa influencia, en general la tendencia se desarrolla entre las que la moda esclaviza y hace cambiar de aspecto fácilmente de poco a moderadamente, sin embargo al 59% le interesa ir como la gente de su edad y está muy o bastante identificada con esta opinión, muy de cerca hay un 28% al que le importa algo y solo al 16% no le influye nada como va la gente de su edad. En relación a sus aspiraciones hacia la moda la muestra está repartida al 25%.

De nuevo vuelve a haber una fuerte heterogeneidad respecto a la moda como algo divertido que no obsesiona, en este caso la mayoría se ha sentido algo identificada con la opinión, el 34% frente al 28% que no están nada de acuerdo y que demuestra que aunque participan de la moda de su edad, sienten un disgusto claro hacia ella, por otra parte hay un 23% que se siente bastante identificado con la opinión anterior, pero a la hora de preguntarle por las modelos, se percibe que aunque a ellas

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

les gusta este mundo desearían que las modelos no fueran tan flacas con cuya opinión están muy o bastante de acuerdo el 60% de la muestra, frente al 21% a las que no les gustan las modelos y el 17% a las que les gustan algo a pesar de ser tan flacas. En el caso de la moda los límites vuelven a ser muy sutiles, se adivina una cierta orientación ante todo lo relacionado con la moda que por otro lado critican y desprecian, quizá debido al clima social latente en su contra, en ningún caso las posiciones son claramente definitorias y la dispersión es alta.

Variable 55: ¿COMO SE COMPORTA TU FAMILIA CONTIGO? COMENTA SIEMPRE TU ASPECTO Y PESO, TE COMPARAN Y SE METEN CONTIGO.

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHISIMO	16	9,76	9,76
2 BASTANTE	21	12,80	12,80
3 ALGO	44	26,83	26,83
4 NADA	82	50,00	50,00
5 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 56: ¿COMO SE COMPORTAN TU FAMILIA CONTIGO? EN TU FAMILIA ESTÁN MUY PREOCUPADOS POR LA IMAGEN EXTERIOR Y EL PESO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHISIMO	19	11,59	11,59
2 BASTANTE	23	14,02	14,02
3 ALGO	42	25,61	25,61
4 NADA	79	48,17	48,17
5 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 57: ¿COMO SE COMPORTA TU FAMILIA CONTIGO? EN TU FAMILIA SON MUY EXIGENTES Y PROTECTORES CONTIGO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHISIMO	33	20,12	20,12
2 BASTANTE	61	37,20	37,20
3 ALGO	50	30,49	30,49
4 NADA	19	11,59	11,59
5 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 58: ¿COMO SE COMPORTA TU FAMILIA CONTIGO? TU FAMILIA SE METE CON TU FORMA DE VESTIR, TUS AMIGOS Y SIENTES QUE TE INVADEN LA VIDA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHISIMO	14	8,54	8,54
2 BASTANTE	22	13,41	13,41
3 ALGO	45	27,44	27,44
4 NADA	82	50,00	50,00
5 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 59: ¿COMO SE COMPORTA TU FAMILIA CONTIGO? TUS PADRES TIENEN PROBLEMAS NO SE LLEVAN BIEN Y TE HACEN SUFRIR POR ELLO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHISIMO	11	6,71	6,71
2 BASTANTE	11	6,71	6,71
3 ALGO	28	17,07	17,07
4 NADA	113	68,90	68,90
5 NC	1	0,61	0,61
Total frecuencias	164	100,00	100,00

En cuanto a la familia según los datos, no está mezclada en los aspectos de libertad y relación de sus hijas, no se implica en aspectos relacionados con la imagen, hay que aclarar que en la terapia de padres a la que asisten se les informa de la necesidad de obviar la delgadez de sus hijas y de evitar comentarios y conversaciones cuyo centro sea el cuerpo o la comida, quizá debido a este aprendizaje se verifica que las terapias funcionan puesto que los datos así lo expresan. En la muestra solo el 50% reconocían que en su familia no se juzgaba su aspecto y peso, frente al 27% que



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

reconocía en "algo", se corrobora que el 50% de la muestra explica como su familia no se siente preocupada por estos aspectos frente al 26% que lo reconoce en "algo". Igual porcentaje responde a la relación de la familia con las compañías y amistades con que van sus hijas, no sintiéndose invadidas por sus padres en este aspecto.

En contrapartida las familias quizá por la sensibilidad o condición de enfermas de sus hijas se sienten protectores y exigentes siendo el porcentaje mayor del 37% para los que se preocupan bastante y del 30% para los que lo hacen "algo", un 20% de las enfermas asegura que en su familia lo hacen en el mayor grado. El 69% de la muestra opina que su familia no discute, o que si existe discusión al menos no repercute directamente en la enferma, un 17% asegura que la relación de sus padres les preocupa "algo", estando alrededor del 13% las enfermas a las que esto les preocupa "muchísimo" y "bastante".

Variable 60: TUS AMIGOS TE INFLUYEN EN LA FORMA DE VESTIR Y LLEVAR ROPA A LA MODA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	39	23,78	23,78
2 2 PREFERENCIA	29	17,68	17,68
3 3 PREFERENCIA	49	29,88	29,88
4 4 PREFERENCIA	23	14,02	14,02
5 5 PREFERENCIA	22	13,41	13,41
6 NC	2	1,22	1,22
-----			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 61: TUS AMIGOS TE INFLUYEN EN LA FORMA DE COMPORTARSE CON AMIGOS, EN LA FAMILIA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	27	16,46	16,46
2 2 PREFERENCIA	39	23,78	23,78
3 3 PREFERENCIA	36	21,95	21,95
4 4 PREFERENCIA	37	22,56	22,56
5 5 PREFERENCIA	23	14,02	14,02
6 NC	2	1,22	1,22
-----			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 62: TUS AMIGOS TE INFLUYEN EN LA FORMA Y TEMAS DE CONVERSACIÓN

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	47	28,66	28,66
2 2 PREFERENCIA	45	27,44	27,44
3 3 PREFERENCIA	30	18,29	18,29
4 4 PREFERENCIA	23	14,02	14,02
5 5 PREFERENCIA	17	10,37	10,37
6 NC	2	1,22	1,22
-----			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 63: TUS AMIGOS TE INFLUYEN EN LA MANERA DE ALIMENTARSE, DIETAS, BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	16	9,76	9,76
2 2 PREFERENCIA	18	10,98	10,98
3 3 PREFERENCIA	26	15,85	15,85
4 4 PREFERENCIA	36	21,95	21,95
5 5 PREFERENCIA	66	40,24	40,24
6 NC	2	1,22	1,22
-----			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 64: TUS AMIGOS TE INFLUYEN PORQUE ENVIDIAS A ALGUNO DE ELLOS POR SU ÉXITO Y ASPECTO FÍSICO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 1 PREFERENCIA	33	20,12	20,12
2 2 PREFERENCIA	31	18,90	18,90
3 3 PREFERENCIA	20	12,20	12,20
4 4 PREFERENCIA	44	26,83	26,83
5 5 PREFERENCIA	34	20,73	20,73
6 NC	2	1,22	1,22
-----			
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

En cuanto a las amistades y su influencia en las enfermas, el tema de la moda fue en un 30% elegido en 3º lugar, aunque cerca de un cuarto de la muestra lo eligió en primer lugar. En cuanto a la influencia sobre el comportamiento fue elegida por el 24% en 2º lugar seguido a un punto del 4º lugar y a uno de éste el 3º lugar (23%-22%), los temas de conversación les influyen en primer y segundo lugar a las enfermas con un 29% y 28% respectivamente, la manera de alimentarse, dietas adelgazantes... fueron en 5º lugar con el 40%, por lo que es clara la poca influencia de los amigos en los hábitos de comida adquiridos antes de la enfermedad, aparece claramente como a una parte de la muestra rondante el 20% las amistades les influyen porque envidian a alguno de ellos, la mayoría de la muestra ha sentido en general poco influjo por envidia hacia un amigo.

Variable 65: PARA SENTIRME PLENAMENTE BIEN DEBO TENER MAS CONFIANZA EN MI, SIN OBSESIONARME POR ALGUNA PARTE DE MI CUERPO

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	117	71,34	71,34
2 BASTANTE IMPORTANTE	26	15,85	15,85
3 INDIFERENTE	6	3,66	3,66
4 ALGO IMPORTANTE	7	4,27	4,27
5 NADA IMPORTANTE	5	3,05	3,05
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 66: ESTARIA BIEN CONMIGO SI NO HUBIERA INFORMACIÓN DE DIETAS Y DE BELLEZA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	19	11,59	11,59
2 BASTANTE IMPORTANTE	44	26,83	26,83
3 INDIFERENTE	47	28,66	28,66
4 ALGO IMPORTANTE	20	12,20	12,20
5 NADA IMPORTANTE	31	18,90	18,90
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 67: PARA ESTAR MEJOR BEBO TENER BUENOS AMIGOS Y SER QUERIDA Y ACEPTADA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	111	67,68	67,68
2 BASTANTE IMPORTANTE	33	20,12	20,12
3 INDIFERENTE	3	1,83	1,83
4 ALGO IMPORTANTE	10	6,10	6,10
5 NADA IMPORTANTE	3	1,83	1,83
6 NC	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 68: ESTARIA MEJOR SI LAS MODELOS DE PASARELA DEJARAN DE SER EL PATRON PERFECTO Y LA ROPA DE MODA NO FUERA SOLO PARA DELGADAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	53	32,32	32,32
2 BASTANTE IMPORTANTE	41	25,00	25,00
3 INDIFERENTE	30	18,29	18,29
4 ALGO IMPORTANTE	18	10,98	10,98
5 NADA IMPORTANTE	19	11,59	11,59
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 69: ESTARIA BIEN SI PUDIERA CONTROLAR UN PESO ESTABLE ALIMENTACION NORMAL Y LLEVANDO UNA VIDA COMO CUALQUIER CHICA DE MI EDAD

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	113	68,90	68,90
2 BASTANTE IMPORTANTE	33	20,12	20,12
3 INDIFERENTE	6	3,66	3,66
4 ALGO IMPORTANTE	7	4,27	4,27
5 NADA IMPORTANTE	2	1,22	1,22
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 70: ESTARIA MEJOR SI VIERA QUE NO ANUNCIAN PRODUCTOS LIGHT, BELLEZA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	19	11,59	11,59
2 BASTANTE IMPORTANTE	34	20,73	20,73
3 INDIFERENTE	64	39,02	39,02
4 ALGO IMPORTANTE	13	7,93	7,93
5 NADA IMPORTANTE	31	18,90	18,90
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Variable 71: ESTARÍA MEJOR CONMIGO SI VIVIERA EN UN MEJOR AMBIENTE FAMILIAR

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	36	21,95	21,95
2 BASTANTE IMPORTANTE	30	18,29	18,29
3 INDIFERENTE	21	12,80	12,80
4 ALGO IMPORTANTE	20	12,20	12,20
5 NADA IMPORTANTE	50	30,49	30,49
6 NC	7	4,27	4,27
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 72: ESTARÍA MAS A GUSTO SI ME QUISIERA UN CHICO AL QUE LE GUSTE COMO SOY

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	80	48,78	48,78
2 BASTANTE IMPORTANTE	43	26,22	26,22
3 INDIFERENTE	21	12,80	12,80
4 ALGO IMPORTANTE	6	3,66	3,66
5 NADA IMPORTANTE	11	6,71	6,71
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 73: ESTARÍA MEJOR SI LAS MODELOS DE PUBLICIDAD NO FUERAN TAN ESTUPENDAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUY IMPORTANTE	31	18,90	18,90
2 BASTANTE IMPORTANTE	31	18,90	18,90
3 INDIFERENTE	46	28,05	28,05
4 ALGO IMPORTANTE	22	13,41	13,41
5 NADA IMPORTANTE	31	18,90	18,90
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Más del 71% de la muestra aseguraba que para estar bien necesitaba dejar de obsesionarse por alguna parte del cuerpo, la insatisfacción corporal hace que el TCA se aloje en un porcentaje elevado, quizá porque se demuestra a través de la rebeldía hacia el cuerpo la rebeldía hacia la propia persona.

En cuanto a las informaciones de dietas, en el caso de la enfermas resulta indiferente tal existencia en el 29% aunque existe también un 25% que lo considera bastante importante para recuperarse. Es fundamental por otra parte el hecho de tener amigos que las acepten para su mejor estado en un 68%, el hecho mismo de la existencia de estos es prioritario para la recuperación y por tanto para la causa de un TCA, un 32% y 25% consideran respectivamente que la presión social de la moda y imitación de modelos influye en su recuperación, aunque no en porcentajes altos.

A diferencia de otros aspectos el 70% opinan que lo que más necesitan para estar bien es mantener un peso normal para ser como antes de enfermar, por encima de otros convencionalismos sociales, como la existencia de productos adelgazantes que como vimos no en límites muy claros influyen en cierta manera, siendo ahora este aspecto estimado como indiferente en un 39% de la muestra seguido de un 21% que lo consideran aun "bastante importante" para mejorar. A diferencia de estos aspectos la correlación entre la situación familiar necesaria para la mejoría y la influencia de la dinámica familiar vista, es bastante afín ya que un 30% considera nada importante este aspecto, por otra parte existe un 21% que aunque haya considerado buena su situación, antes piensa que la influencia familiar es importante en la mejoría en un 21%.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

A la muestra le parece que el hecho de tener un chico que la aprecie y la quiera como es, resulta determinante en el 49% para la mejoría, sin embargo resulta indiferente la aparición de modelos publicitarios en la TV y prensa en un 28%, aunque aun al 38% le resulta muy o bastante importante esta presencia en sus vidas frente al 32% que opinan lo contrario.

Variable 74: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MAS ATENCION? ANUNCIOS DE ROPA,MODA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	75	45,73	45,73
2 BASTANTE ATENCION	66	40,24	40,24
3 INDIFERENTE	6	3,66	3,66
4 POCA ATENCION	10	6,10	6,10
5 NINGUNA ATENCION	4	2,44	2,44
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 77: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MAS ATENCION? ALIMENTACION EN GENERAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	31	18,90	18,90
2 BASTANTE ATENCION	36	21,95	21,95
3 INDIFERENTE	41	25,00	25,00
4 POCA ATENCION	37	22,56	22,56
5 NINGUNA ATENCION	15	9,15	9,15
6 NC	4	2,44	2,44
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 75: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MAS ATENCION? COSMETICOS,COLONIAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	36	21,95	21,95
2 BASTANTE ATENCION	70	42,68	42,68
3 INDIFERENTE	28	17,07	17,07
4 POCA ATENCION	22	13,41	13,41
5 NINGUNA ATENCION	5	3,05	3,05
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 78: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MÁS ATENCION? PRODUCTOS LIGHT

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	37	22,56	22,56
2 BASTANTE ATENCION	34	20,73	20,73
3 INDIFERENTE	41	25,00	25,00
4 POCA ATENCION	27	16,46	16,46
5 NINGUNA ATENCION	22	13,41	13,41
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 76: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MÁS ATENCION? COCHES Y OTROS VEHICULOS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	9	5,49	5,49
2 BASTANTE ATENCION	23	14,02	14,02
3 INDIFERENTE	49	29,88	29,88
4 POCA ATENCION	51	31,10	31,10
5 NINGUNA ATENCION	29	17,68	17,68
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 79: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MAS ATENCION? SERVICIOS, TELEFONIA, SEGUROS, BANCOS...

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	3	1,83	1,83
2 BASTANTE ATENCION	10	6,10	6,10
3 INDIFERENTE	38	23,17	23,17
4 POCA ATENCION	47	28,66	28,66
5 NINGUNA ATENCION	63	38,41	38,41
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 80: ¿A QUE PUBLICIDAD PRESTAS MAS ATENCION? HIGIENE Y LIMPIEZA PERSONAL

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 MUCHA ATENCION	35	21,34	21,34
2 BASTANTE ATENCION	74	45,12	45,12
3 INDIFERENTE	27	16,46	16,46
4 ALGUNA ATENCION	14	8,54	8,54
5 NINGUNA ATENCION	11	6,71	6,71
6 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

El tipo de publicidad al que se presta más atención es la de ropa de moda, categoría a la que el 86% de la muestra presta "mucho" o "bastante" atención, en cuanto a las colonias y perfumes la atención está al 42% en el grado de "bastante" siendo la "mucho atención" del 23%, la higiene y limpieza personal el 66% de "bastante y mucha atención".

En torno al 43% prestan "bastante" o "mucho atención" a la publicidad de los productos light y de belleza, siendo la indiferencia del 25% y del 30% la "poca" o "ninguna" influencia, los alimentos presentan una atención similar, con un 25% de indiferencia frente a un 41% de "bastante o mucha atención" y un 32% de poca o nada, estando por debajo la atención prestada a vehículos al 60% de "indiferencia" y "poca atención", los seguros, servicios... con un 58% de "poca" o "ninguna atención" y un 23% de "indiferencia".

Variable 81: ¿COMO ACTUAS AL VER PUBLICIDAD? ME COMPARO CON LAS MODELOS Y VEO SI SON GORDAS O DELGADAS

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 SIEMPRE	72	43,90	43,90
2 ALGUNAS VECES	43	26,22	26,22
3 CASI NUNCA	25	15,24	15,24
4 NUNCA	21	12,80	12,80
5 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 82: ¿COMO ACTUAS AL VER PUBLICIDAD? PRESTO ATENCION A LOS PRODUCTOS DIRIGIDOS A MI EDAD, ROPA, COMPLEMENTOS...

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 SIMPRE	95	57,93	57,93
2 ALGUNAS VECES	52	31,71	31,71
3 CASI NUNCA	13	7,93	7,93
4 NUNCA	1	0,61	0,61
5 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 83: ¿COMO ACTUAS AL VER PUBLICIDAD? PRESTO ATENCION A TODOS LOS PRODUCTOS DE BELLEZA, LIGHT, PARA ESTAR EN FORMA

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 SIEMPRE	51	31,10	31,10
2 ALGUNA VEZ	54	32,93	32,93
3 CASI NUNCA	40	24,39	24,39
4 NUNCA	16	9,76	9,76
5 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

Variable 84: ¿COMO ACTUAS AL VER PUBLICIDAD? ME LLAMA LA ATENCION ALGÚN ANUNCIO PERO EN GENERAL NO ME INFLUYE

Valor Significado	Frecuencia	Total	Muestra
1 SIEMPRE	20	12,20	12,20
2 ALGUNA VEZ	71	43,29	43,29
3 CASI NUNCA	48	29,27	29,27
4 NUNCA	22	13,41	13,41
5 NC	3	1,83	1,83
Total frecuencias	164	100,00	100,00

En cuanto a la actitud respecto a la publicidad, el 44% presta atención a las modelos y se compara, el 58% presta atención a los productos dirigidos a su edad. El 31% afirma prestar atención a los productos light y de belleza, corroborando las afirmaciones anteriores respecto a los productos light como influyentes en las enfermas para provocar adelgazamiento. Por otra parte el 33% afirma atender a ellos aunque no le influya y el 24% las que nunca prestan atención. En función de la actitud ante la publicidad, el 43% se siente alguna vez influido por ésta, en torno al 43% opinan que nunca o casi nunca se sienten atraídos, solo un 12% asegura que siempre le llama la atención los anuncios.

### VI.7.3 Análisis bivariable entre las variables más significativas sociodemográficas, en la muestra enferma.

**1<sup>o</sup> Cómo es el contexto que perciben las enfermas en cuanto a percepción del cuerpo, preguntando por variables de tipo físico y psicológico** y determinar como les influye la percepción del cuerpo en general, en su autopercepción, ya que la preocupación por el físico está presente en las pacientes.

En primer lugar vamos a ver la reacción de las enfermas ante variables a explicar de tipo perceptual, por medio de variables explicativas sociodemográficas.

Tipo de análisis: tabulación cruzada (análisis bivariable).

1. V. a explicar:

1. CUAL CREES QUE ESTÁ MAS EN FORMA y CUAL ESTÁ MÁS SANA

**Por edad** ven a la modelo "delgada" y "normal" como en **forma** inclinadas por la "normal", las mayores más por la "delgada", la más **sana** para todas es la "delgada".

**Por estudios, ( $p < 0,05$ )**, la más **sana** es la "normal" muy cercana a la "delgada" para las estudiantes de ESO, cuya distancia es cada vez mayor, la más **en forma** en todas las categorías es la "normal", subiendo el porcentaje con los cursos.

**Por IMC:** la percepción de estar **sana** para la mayoría coincide con la figura "normal" sin embargo existe un punto crítico en que las niñas piensan que la más "delgada" es más sana, en el índice de 19,5-20,5, a partir de aquí la mujer "normal" vuelve a ganar terreno y la idea de mujer "delgada" más sana prevalece menos. Al igual que antes con la percepción de estar en forma, a medida que crecen sus IMC y se desarrollan, abandonan la idea de mujer **en forma** "normal".

En el punto de inflexión más fuerte del índice entre 19,5-20,5, parece que la tendencia se equilibra hacia la "normal" aunque a medida que aumenta el IMC, se vuelve a orientar más hacia la más "delgada", la diferencia de percepción de salud y estar en

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

forma es mayor a medida que crecen y sus IMC se estabilizan, el punto más fuerte de inflexión en que coinciden ambos criterios en la misma categoría es 19,5-20,5.

**Por diagnósticos** han determinado que la más **sana** es la "normal" aunque las AR<sup>12</sup>, tendentes a la "delgada", y los otros dos diagnósticos, más tendentes a la "rellenita", la más **en forma** por el contrario para las AR es la "normal" aunque muy cerca de la "delgada", en las AP se invierten los porcentajes y para las B no hay diferencia entre la "normal" y "delgada", ambas pueden estar en forma para ellas, la mayor diferencia con la mujer sana es para las AP.

®<sup>13</sup> Las AR son las que más piensan que tanto la mujer sana como en forma son delgadas, las otras consideran la tendencia a la mujer "normal" para la sana y para la más en forma, son las AP las que mayor diferencia ven entre mujer sana y en forma, por edad todas consideran como la mujer sana y forma la "normal", por estudios las mayores a la hora de estar en forma se orientan a la "delgada".

## 2. COMO SON PARA TI LAS MODELOS PUBLICITARIAS Y DE PASARELA.

Las pequeñas interpretan que perciben a la **modelo de publicidad** como "delgada" aunque el porcentaje mayor está entre las de 15-18 años, la de pasarela al contrario es vista como "hiperdelgada" entre las mayores categorías. Las pequeñas ven a las **modelos de pasarela** igualmente que a las de publicidad como delgadas en un 59% y como "hiperdelgada" un 35%.

En cuanto a las modelos de **pasarela(p<0,05)** a medida que el IMC ideal es mayor porque las niñas son mayores, la percepción de las modelos es más "hiperdelgada" excepto en el caso de las niñas que deben tener un IMC entre 19,5-20,5 las cuales perciben en mayor porcentaje a las modelos de pasarela como "normal" en 70%. En cuando a las **de publicidad**, las que deben tener IMC más pequeños las perciben como menos "delgadas" que las de IMC mayor.

<sup>12</sup> Desde este momento utilizaremos las siguientes abreviaturas para designar los diagnósticos que se han establecido para esta investigación. AR: Anorexia Restrictiva, AP: Anorexia Purgativa, B: Bulimia (Purgativa y no Purgativa)

<sup>13</sup> Este símbolo significa resumen.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

En cuanto a las **modelos publicitarias** las AR las ven "normal" en "mayoría", las AP, tienden a verlas más delgadas y las B acentúan más la diferencia, las de **pasarela**, son mayoritariamente hiperdelgadas para las AR, para las AP aunque "hiperdelgadas" lo son menos que para las otras, y para las B la "mayoría" opinan que son "hiperdelgadas".

® Las modelos de publicidad son percibidas "delgadas" y las de pasarela "hiperdelgadas", con la edad se acentúa la tendencia siendo las mayores las que ven a las de publicidad delgadas y cerca de la hiperdelgadez. Según los IMC que deben tener las enfermas, las de mayor índice son más tendentes a percibir las más delgadas. Por diagnóstico las AR ven menos delgadas a las modelos de publicidad, para las AP y B las modelos publicitarias son más tendentes a la delgadez, al igual que pasa con las de pasarela que aunque todas las ven hiperdelgadas las AR las perciben menos delgadas.

### 3. CUAL CREES MÁS EXIGENTE CON ELLA MISMA

Las que identifican más la **exigencia** con la hiperdelgadez son las pequeñas y medianas, porque las mayores se reparten más. Las más **exigentes** son las AR que son más tendentes a la hiperdelgadez, las B la eligieron aunque en menor porcentaje.

® Opinan en "mayoría" que es la "hiperdelgada" la más exigente consigo misma.

### 4. CUAL CREES QUE TIENE MÁS AMIGOS/AS y MAS ÉXITO CON CHICOS

En cuanto a los **amigos** interpretan que la que más amigos tiene es la "delgada" aunque se va equilibrando más con la "normal" a mayor edad. Si en lugar de amigos son **chicos** la tendencia se invierte siendo para las pequeñas más perceptivas a la idea de gustar a chicos con la imagen "normal" al crecer los porcentajes se inclinan a la más delgada.

A la hora de hacer **amigos** se sigue la tendencia anterior, las AP creen que la "delgada" tiene más. Si se trata de gustar a **chicos**, ninguna contestó en las categorías de "rellenita" y "obesa", siendo mayor la presencia "delgada" seguida de la "normal", para las mayores y universitarias la inclinación es hacia la chica "delgada" al 81%.

En cuanto a los **amigos** la tendencia es a que la "delgada" tiene más para IMC ideales bajos, a medida que los IMC crecen, la tendencia parece invertirse hacia la



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

"normal", en cuanto a gustar a **chicos**, todas creen que las "delgadas" triunfan más excepto en el punto (IMC ideal 20,5-21). donde las categorías "delgada" y "normal" se equilibran al 47%.

La que tiene **más amigos** para la AR Y AP es la modelo "normal" aunque están muy seguidas de cerca por la "delgada", sin embargo la B piensa que la "delgada" tiene más amigos. Si se trata de gustar a **chicos** cambian y es la AR la que dice que la "delgada" es más triunfadora seguida de la "normal" como la AP en la que los límites son menores entre estas dos categorías, la B es la que más claro tiene que la "delgada" "liga" más.

® No existen diferencias, hacia la percepción de la figura con más amigos, todas las categorías estiman a la mujer delgada como la más óptima, aunque a medida que aumentan en edad la mujer normal gana. Con los chicos, en todas las variables se aprecia como a medida que sube la edad, piensan que las delgadas tienen más éxito. Por diagnóstico se percibe mayor tendencia a categorías delgadas para AP y B.

#### 4. CUAL CREES QUE TRIUNFA MÁS EN LA VIDA

Si lo que analizamos es quién **triunfa** en la vida, los porcentajes siempre superiores para la delgada van aumentando con la edad para inclinarse por la normal y disminuyen en la percepción de "triunfadora=delgada", siendo el más alto porcentaje para las pequeñas.

® La **triunfadora** en la vida para todas es la "delgada", las mayores y universitarias piensan más que es la "normal" seguida de la "delgada".

#### 5. CUAL SE PARECIA FISICAMENTE MÁS A TI DE NIÑA

En cuanto a como eran de **pequeñas**, con menor edad en mayoría se veían "delgadas" seguidas de las que se veían "rellenitas", las medianas se veían mayoritariamente como "rellenitas" o "normales" y las mayores se percibían en igualdad "normales" o "rellenitas".

Las que se veían más "normales" son las AR tendentes a "rellenita" o "delgada", las AP y las B coinciden más en este aspecto y se perciben de niñas como "rellenitas".

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

® Las medianas se percibían más rellenas, también las B y AP, por estudios se percibían rellenas, menos las universitarias tendentes a verse normales de niñas.

## 6. CON CUAL TE IDENTIFICAS MAS AHORA

Las mayores **se ven** "normal", alrededor del 20% se ven "delgada", y solo un 16%(porcentaje más bajo) rellena, otro 16% se ve "hiperdelgada", entre las medianas la "mayoría" se ve "normal", el 20% se ven "rellenita" y solo el 17% "delgada", incluso un 9% se ve "obesa". Las pequeñas viéndose principalmente "normal" aunque un 21% se ve "rellenita", un 18% "delgada" y un 12% "hiperdelgada", pocas se ven "obesa".

Según la **percepción actual** las AP se ven con heterogeneidad, las que deben tener un IMC menor se perciben más "normal", a medida que el IMC ideal aumenta se perciben "normal" tendentes a "rellenitas", las mayores cuyo IMC ideal debe empezar a decrecer para estabilizarse, **se ven** ( $p < 0,05$ ) "normal" o tendentes a la delgadez. En general **se ven** fundamentalmente "normales", la AR tendentes a verse "rellenitas", la AP "normales" aunque tendentes a la "delgadez" y las B se ven "normal" en mayoría aunque tendentes a verse "obesas" en porcentaje mayor que "rellenita".

® En general se ven normales o rellenas siendo las mayores las más tendentes a la normalidad, y las que se perciben más gruesas las B. Por tanto a mayor IMC en la adolescencia más sensación de haber engordado, a medida nuevamente que el IMC ideal se estabiliza, vuelven a tener la sensación de ser más "delgadas" otra vez.

## 7. A CUAL TE GUSTARIA PARECERTE

En cuanto a la persona a la que les **gustaría parecerse**, medianas y mayores quisieran ser "delgadas", las más uniformes las mayores, aunque un 15% querían ser "normal", las medianas quieren ser "delgadas" aunque un 15% desean ser "hiperdelgada" y un 20% "normal", las pequeñas aparecen equilibradas entre la "delgada" y "normal".

En cuanto a **quién te parecerías** las de primaria han elegido la "normal", el otro 50% eligió la "hiperdelgada" o "delgada", ESO, bachiller y universitarias eligieron la imagen "delgada", las primeras se identificaron en pequeño número con la "hiperdelgada".

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Las AR **desean ser** "delgadas", las AP también pero tendentes a "normal", las B "delgadas" tendentes a "hiperdelgadas"

® Todas quieren ser delgadas, las AR tienden más a la hiperdelgadez, más aun las B, a medida que avanzan en edad la orientación es más unánime a ser delgada.

## 8. CUAL SE PARECE MÁS FÍSICAMENTE A LA PERSONA QUE MÁS ADMIRAS

Para la persona que **admiran**, las pequeñas y medianas siguen una tónica similar, las primeras aunque gana la mujer "delgada" seguida de la "normal", tienen un 12% que admiran a las "hiperdelgadas", nadie de las mayores admira a alguien hiperdelgado y un 10% admiran a alguien "normal" o "rellenito", lo que no aparece en otras categorías. La persona **que admiran**, es más "delgada" a medida que avanzan en edad y en IMC ideal.

Las AR admiran a personas "delgadas", la AP tienden a diversificarse hacia las delgadas y la "normal" y en las B el deseo de admiración se inclina a la hiperdelgadez.

® En función de la admiración a alguien por su físico, según avanzan en cursos y edad admiran menos a personas delgadas, por IMC ideal las mayores, tienden más a la delgadez, las B admiran a alguien delgado y más tendente a la delgadez que las anoréxicas, en las AP se da mayor confusión hacia las normales e hiperdelgadas.

## 9. CON CUAL IDENTIFICAS A LA MAYORÍA DE LA GENTE

En cuanto a como **perciben a la gente**, las pequeñas identifican a la gente como "normales" o "delgados", las medianas se inclinan hacia la normalidad y las mayores. Respecto a como **ven a la gente** las de primaria las ven "delgadas", las de ESO, "normales" seguidas de "delgadas" y las universitarias también "normales" en mayoría. Las AR **perciben a la gente** como "normal" seguidas de "delgadas", las AP "normal" en mayor medida y las B aunque designan como "normal" a la gente, son heterogéneas.

® Piensan que la gente es normal o delgada, las AR tienden a identificar a la gente "normal" aunque más delgadas, más estables las AP, y las B heterogéneas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**2º** Queremos ver la **percepción del entorno juvenil de las enfermas para ver cuáles son las conductas adelgazantes que perciben en su entorno.** Se pregunta por el concepto de "estar en forma", al que aspiran las jóvenes que desarrollan conductas para conseguirlo, estas conductas pueden ser más o menos perjudiciales, por lo que es interesante observarlas desde el prisma de las enfermas.



- V. explicativas: edad, clase social, estudios, diagnóstico, IMC ideal.
- V. a explicar: las chicas de tu edad, para estar en forma hacen dieta sin dejar de comer: Significación buena para las variables: estudios, clase social, IMC ideal. ( $P < 0,05$ )
- V. a explicar: las chicas de tu edad para estar en forma comen equilibradamente de todo y no hacen dietas. Edad, estudios, clase social  $p < 0,1$ , IMC ideal  $p < 0,01$ .
- V. a explicar: las chicas leen toda información de dietas, belleza al alcance. IMC.  $P < 0,05$
- V. a explicar: las chicas de tu edad toman productos light anunciados.
- V. a explicar: las chicas hacen dieta para ser como las modelos publicitarias.
- V. a explicar: las chicas dejan de comer para llevar ropa ajustada. Estudios, IMC  $p < 0,05$
- V. a explicar: las chicas queman lo que comen haciendo ejercicio compulsivo, vomitando... Estudios,  $p < 0,05$ , diagnóstico, IMC ideal.  $p < 0,05$

Según el análisis vemos el panorama juvenil y cómo afectan en la decisión de "estar en forma" los principales elementos del entorno; desde los más inocuos a los más peligrosos, en general las enfermas piensan que "algunas", tendentes a "bastantes" chicas no hacen dietas, siendo la tónica que las de mayor edad piensan que son más las que comen de todo, estando la crisis más aguda para las de edad intermedia.

Son más las que piensan que bastantes chicas hacen dieta aunque sin dejar de comer, lo que no debería resultar patológico; a medida que avanza la edad la tendencia es mayor a pensar esto, las AR y AP piensan así aunque decreciendo, las B están divididas entre las que piensan que muchas y que casi ninguna lo hacen.

En cuanto a la lectura de informaciones adelgazantes parece ser la mayor razón que lleva a decidirse, en general las medianas se influyen más por la información que las pequeñas y mayores, las AP son las más ávidas lectoras seguidas de B y AR.

En cuanto a la siguiente conducta más repetida para estar en forma, es la toma de productos light, las mayores opinan más en esta línea, los puntos álgidos están

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

en las estudiantes de ESO y universitarias. Si nos fijamos es el IMC ideal, esta conducta es mayor a medida que crece el IMC, cuando se estabiliza descende. Las AP son las más consumistas de estos productos seguidas de las B, y en último lugar las AR.

La siguiente conducta más repetida para estar en forma es el deseo de parecerse a las modelos publicitarias, las más pequeñas son más proclives a este deseo, las mayores menos, las más identificadas son las AP, las B y las que menos las AR.

La conducta más observada por las enfermas, cercana a la anterior es la de estar en forma para llevar ropa ajustada, por lo que decimos que en general bastantes chicas opinan así, las más proclives son las más pequeñas y medianas, las mayores opinan en menor medida que esta conducta se da en la gente de su edad.

La conducta más negativa, es la de vomitar, tomar laxantes... en este aspecto las chicas observan a su alrededor que solo "algunas" lo hacen, las que piensan que esta conducta está extendida son las mayores y menos las pequeñas, las más seguras son las AP y las B, las que menos las AR.

**3º** En este momento nos proponemos empezar a ver las causas de las enfermedades alimentarias y **preguntamos por el contexto general de chicas adolescentes, todas las conductas propuestas son posibles causas del trastorno.** Toda enfermedad alimentaria empieza normalmente con la decisión de adelgazar para lo cual hacen dieta.

En mayoría las chicas quieren adelgazar para tener éxito y admiración, en segundo lugar muchas lo hacen para ser como las modelos, "bastantes" porque ven publicidad adelgazante, seguidas de las que creen que es para llevar ropa ajustada y tener amigos y "algunas" piensan que adelgazan para solucionar sus problemas.



V. explicativas sociodemográficas: edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar: las chicas de tu edad adelgazan para solucionar así sus problemas, (esta variable es de tipo personal y parte del malestar de muchas chicas en la adolescencia)



V. explicativas sociodemográficas tenemos, edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

V. a explicar: las chicas de tu edad adelgazan para tener más amigos (esta variable es de tipo contextual, del entorno particular)

En cuanto a si adelgazan para tener amigos, las edades más pequeñas y medianas son más sensibles a este aspecto. Tanto las AR como las B parecen tener más razones de este tipo, principalmente las B que se concentran entre la "mayoría" y "bastantes". En cuanto al IMC ideal, a medida que se avanza va descendiendo la tendencia al adelgazamiento para tener amigos. IMC  $p < 0,1$

V. explicativas sociodemográficas tenemos, edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.



V. a explicar: las chicas de tu edad adelgazan para estar a la moda de la ropa ajustada (esta variable es de tipo social, del contexto general o macrocontexto)

Las enfermas mayores están menos preocupadas que el resto por estar a la moda, las más preocupadas son las B que se concentran en la "mayoría", las menos las AR concentradas en "bastante" y "algunas", las AP también se ven más influidas. Los IMC muestran que se da menor importancia a la moda a medida que avanzan en edad.



V. explicativas tenemos, edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar: las chicas de tu edad adelgazan porque ven mucha publicidad de productos adelgazantes, (esta variable es de tipo social, o macrocontexto)

Si tenemos en cuenta que quieren adelgazar porque ven publicidad adelgazante tenemos que las mayores, ocupan la máxima categoría seguidas de las medianas y las más dispersas las pequeñas aunque con máximo porcentaje en "bastantes". La influencia de estos productos parece mayor en la B Y AP, menor en AR.



V. explicativas sociodemográficas tenemos, edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar: las chicas adelgazan para parecerse a modelos (variable de tipo social)

Parece que las medianas son las que menos interés tienen en parecerse a las modelos, a diferencia de pequeñas y mayores. En relación a los estudios las de primaria y ESO, se identifican en "mayoría" y para las de bachiller y universidad, desciende la importancia. Las más orientadas son las B seguidas de las AP y en último

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

lugar las AR, las más influidas, las que deberían tener un índice ideal de 20,5-21, hasta este momento los porcentajes van en aumento, en el índice 21 se estabiliza.

⇒ V. explicativas sodiodemográficas tenemos, edad, estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar: las chicas de tu edad adelgazan para tener éxito y ser admirada (esta variable es de tipo contextual, del entorno particular o microcontexto de la adolescencia)

La edad  $p < 0,1$  y los estudios  $p < 0,05$ , explican la decisión de adelgazamiento por aceptación. Las medianas son las que más importancia le dan, igual ocurre en las pequeñas aunque en porcentaje más repartido con categorías altas, las mayores son las menos influidas. Las de ESO valoran más la aceptación, las de bachiller están igualadas en "mayoría" y "bastantes", las universitarias  $p < 0,01$  opinan que la "mayoría" está preocupada por esto. Las más preocupadas son las B, seguidas de las AR, que presentan mayor equilibrio. Las AP, también parecen estar más preocupadas por la aceptación. La significación de la variable con IMC ideal es 0,0002. Se rechaza la hipótesis nula de no influencia y se especifica como el tener uno u otro índice determina el adelgazamiento para ser aceptada.

**4º En el macrocontexto social vamos a ver la importancia de la información.**

Según la tendencia, interesa más "otras informaciones" seguido de información de belleza, de sexo y moda, después la publicidad en general y productos adelgazantes.

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, que información te interesa más. (Otras informaciones)

La elección de "otras informaciones" ocupó el primer lugar en todas las variables.

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, qué información te interesa más. (Consejos de belleza, ejercicios y dietas.)

Por edades de 10-14 años, 15-18 años, fue en igualdad más preferida, las mayores sin embargo eligieron el 4º lugar para ésta, las más interesadas son la AP, seguidas de las B repartidas entre las que sí dan importancia y las que le dan menos.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, que información te interesa más (La de sexo y chicos).

A medida que avanza la edad las preferencias son más uniformes en cuanto al tema de la sexualidad, las mayores se concentran en el 3º lugar. Los estudios son una variable explicativa que contrasta la variable a explicar con un valor  $p < 0,1$ .

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal, estudios  $p < 0,1$

V. a explicar, que información te interesa más (La de moda y tendencias del vestir).

La información de moda ocupa en las pequeñas la 3ª preferencia, las medianas la eligieron 2ª y las mayores empiezan a desvalorarla en 3ª preferencia, las B son las más interesadas, las AP se concentran en 3ª preferencia y más dispersas las AR.

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, que información te interesa más, (La de anuncios publicitarios en general).

En todas las variables esta información es 5ª, 6ª preferencia, solo las pequeñas presentan esta información en 2º lugar aunque seguida de la 5ª, 6ª preferencia.

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, estudios  $p < 0,1$ , IMC  $p < 0,1$

V. a explicar, qué información te interesa más (Productos adelgazantes exclusivamente).

La preferencia por productos adelgazantes es "mayoría" en 7º lugar para todas, para las AR en mayor medida que para las AP y en éstas más que para las B, que parecen estar menos seguras de la peligrosidad de estos productos.

⇒ V. explicativas, edad, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, que información te interesa mas, la de actualidad.

La información de actualidad, para pequeñas y medianas es 7ª preferencia y para las mayores la 2ª, el diagnóstico no influye.



5<sup>o</sup> Se pregunta por la **opinión hacia la moda, otro elemento fuerte** del macrocontexto sociocultural que se intuyen influyentes. La moda ocupa primeros puestos después de la información en influencia sobre las enfermas, los aspectos más influyentes, la delgadez de las modelos, seguido por el interés por esta profesión, después les interesa ir como la gente de su edad, para confesar en último lugar que de la moda les interesa todo porque están obsesionadas con seguirla, lo que menos importa es que sea algo divertido.



V. explicativas: estudios  $p < 0,1$ , IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar, que piensas de la moda, me gustan las modelos pero son muy flacas.

Las enfermas están muy identificadas con que aunque les gustan las modelos son flacas, las más identificadas las AR, las AP y las B se identifican menos. La unanimidad llega con el índice 21 donde una "mayoría" está muy identificada y un 25% nada, las mayores de 18 años se concentran en "muy" o "bastantes" identificadas.



V. explicativas: estudios  $p < 0,1$ , IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar, qué piensas de la moda, te gustaría ser modelo y te gusta la moda.

Las más orientadas al mundo de la moda son las de ESO y bachiller, las universitarias se sienten poco identificadas. Existe enorme disparidad ante el gusto por la moda, las AR se distribuyen en categorías inferiores, las AP se orientan a la mayor influencia con opiniones repartidas, en los extremos tendencias más fuertes para la B.



V. explicativas: estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar, qué piensas de la moda, te interesa ir como va la gente de tu edad.

A medida que avanzan cursos son menos propensas a identificarse con la gente de su edad, las menos preocupadas son las AP, y las más las B y AR.



V. explicativas: estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar, qué piensas de la moda, te esclaviza y cambias de aspecto fácilmente.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

La moda te obsesiona y cambias de aspecto fácilmente resulta influyente para las menores, las de bachiller y las universitarias están menos influidas. las AR están algo o bastante identificadas, más que las B, las AP se establecen en "algo identificadas"



V. explicativas: estudios, IMC ideal, diagnóstico.

V. a explicar, qué piensas de la moda, te resulta divertida pero no te obsesiona nada.

Las chicas de ESO, bachiller se sienten algo identificadas con que la moda sea algo divertido que no les obsesiona, las universitarias se sienten "bastante" identificadas, en cuanto al diagnóstico todas se sienten poco identificadas.

**6º** En el macrocontexto sociocultural, vamos a **preguntar por publicidad**, cuál es la actitud ante ella y determinar de más a menos como ha podido influir esta actividad.



V. explicativas, edad, IMC ideal, y diagnóstico.

V. a explicar, la publicidad interrumpe los programas y hay excesiva.

La "mayoría" opina que la publicidad interrumpe los programas.



V. explicativas, edad, IMC ideal, y diagnóstico.

V. a explicar, la publicidad informa de productos y de modas. IMC  $p < 0,1$

Todas, sobre todo las B; opinan que la publicidad informa.



V. explicativas, edad, IMC ideal, y diagnóstico.

V. a explicar, la publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así.

IMC  $p < 0,1$ . En cuanto a que la sociedad exige gente estupenda por eso la publicidad la plasma, no hay diferencias, en todos los casos las categorías más opinadas son las de "muy de acuerdo" y "bastante" de acuerdo, sobre todo para las bulímicas.



V. explicativas, edad, IMC ideal  $p < 0,05$ , diagnóstico y estudios  $p < 0,05$ .

V. a explicar, los/las modelos publicitarios son siempre estupendos.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Las modelos son estupendas en todos los casos por estudios y diagnósticos, disminuyendo el porcentaje a medida que aumenta la edad.



V. explicativas, edad, IMC ideal, y diagnóstico.

V. a explicar, deberían prohibir y/o restringir los anuncios de tipo light.

Si se trata de prohibir productos light, ESO y bachiller están "indiferentes", las universitarias están de acuerdo que así sea, según IMC ideales cuanto mayores mayor preocupación porque desaparezcan, por diagnóstico para todos es "indiferente".



V. explicativas, edad, IMC ideal, diagnóstico y estudios  $p < 0,1$

V. a explicar, la publicidad es inofensiva y a veces bonita y divertida.

Las más en desacuerdo con la publicidad las universitarias y B seguidas por las AP y AR. En cuanto a los IMC ideales al avanzar lo hace la disconformidad

**7º Dentro de la publicidad** según la tabulación simple, las categorías se ordenan así , anuncios de moda, anuncios de higiene y limpieza personal, las colonias, cosméticos, productos light, alimentación general, coches y otros vehículos, telefonía y servicios.



V. explicativas, estudios, diagnóstico, IMC ideal.  $p < 0,1$ .

V. a explicar: publicidad de ropa y moda.

Las más atentas a publicidad de moda son pequeñas y medianas seguidas de mayores y universitarias. Las AR y B están muy influidas aunque las AP más.



V. explicativas, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar publicidad de higiene y limpieza personal.

A esta publicidad se presta "bastante" atención bajo todos los conceptos.



V. explicativas, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar publicidad cosméticos y colonias. IMC  $p < 0,1$ .

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

La atención a estos anuncios es "bastante"; tendente a menos a más edad.



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC

V. a explicar: publicidad de productos light

Con un nivel alto de significación las de ESO prestan más atención, las de bachiller y universidad son "indiferentes". La AR son "indiferentes", si embargo las AP se dividen entre las que piensan que prestan mucha atención y las que se creen "indiferentes", para las B, esta publicidad está muy presente en el mayor grado.



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar: publicidad de alimentación en general.

En cursos inferiores influyen más, en cursos medios es "indiferente", en la universidad influye poco. Las AR, una parte se siente poco atraída, pero la tendencia es a prestar atención al igual que las B, las AP son las que más se sienten "indiferentes".



V. explicativas, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar: publicidad de coches o vehículos.

La atención a esta publicidad es "indiferente" o "poca atención".



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar: publicidad, servicios, telefonías, bancos...

El interés es siempre mínimo aunque más para las pequeñas, las AR están menos motivadas a esta publicidad que las B a las que también les resulta "indiferente".

**8º** Se pretende ver **la respuesta ante la publicidad** para determinar si la atención prestada es proporcional a la influencia.



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar: al ver publicidad presto atención a los productos dirigidos a mi edad.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Todas prestan máxima atención a los productos dirigidos a su edad.



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar: me comparo con las modelos y veo si son gordas o delgadas.

Siempre se sienten identificadas con las modelos de la televisión o publicidad, más las B, por IMC ideales las más tendentes son las de IMC más bajo.



V. explicativa, (estudios, diagnóstico)  $p < 0,1$ , IMC ideal.

V. a explicar: al ver publicidad presto atención a los productos de belleza, light...

Las que más atención prestan a publicidad de productos light son las pequeñas y "bastante" atención las de bachiller y universidad, las B y AP son las más pendientes y las menos las AR, aunque "bastante" pendientes.



V. explicativa, estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar: al ver publicidad me llama la atención algún anuncio pero no me influye.

Algún anuncio les llama la atención y les influye alguna vez.

9º Preguntar por el contexto personal de importante influencia entre las enfermas, en este caso preguntamos dentro **del microcontexto por la familia.**



V. explicativas, edad estudios, clase social, lugar ocupa, nº hermanos, diagnóstico.

V. a explicar, cómo se comporta tu familia contigo, se meten contigo y te comparan...

En ningún caso se sienten influidas, menos las mayores, en cuanto a la preocupación, en las familias numerosas la percepción se eleva de "nada" a "algo".



V. explicativas, edad estudios, clase social, lugar ocupa, nº hermanos, diagnóstico.

V. a explicar, como se comporta tu familia, están preocupados por la imagen y el peso.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

La familia no está "nada" preocupada por el físico excepto en las mayores, que están "algo", las B también expresan que la preocupación familiar es "alguna", Las pacientes 3º entre hermanos y las parejas desunidas, aparecen "algo" preocupadas.



- V. explicativas, edad estudios, clase social, lugar ocupa, nº hermanos, diagnóstico.
- V. a explicar, como se comporta tu familia contigo, son exigentes y protectores contigo.

Las mayores y las de bachiller están menos protegidas y las más las de ESO y universitarias. Menos protegidas están las de familias numerosas y que ocupan el 1º lugar de los hijos, las más protegidas las B, seguidas de AR y las menos las AP.



- V. explicativas, edad estudios, clase social, lugar ocupa, nº hermanos, diagnóstico.
- V. a explicar, tu familia, se mete con tu forma de vestir, amigos e invaden tu vida.

Respecto a la capacidad de invasión de las familias, son "nada" invasoras, la única diferencia está en que las familias más influyentes son las de las bulímicas.



- V. explicativas, edad estudios, clase social, lugar ocupa, nº hermanos, diagnóstico.
- V. a explicar, sufres porque tus padres tienen problemas y no se llevan bien.

En todos los casos esta influencia es mínima, solo varía en matrimonios separados y en las B que aunque no sufren mucho por esto presentan mayor porcentaje.

**10º** Se pregunta por otro importante elemento del contexto particular que son **las amistades**. Los aspectos de más a menos influyentes: la forma y temas de conversación, comportamiento en familia, moda, envidia y productos adelgazantes.



- V. explicativas, edad estudios, diagnóstico, IMC ideal
- V. a explicar, tus amigos te influyen en la forma y temas de conversación.

En cuanto a la influencia en temas de conversación, las mayores estiman más esta influencia, las de ESO opinan que es una preferencia de 2º y 3º lugar, las de bachiller y universitarias creen que está en 1º lugar en sus preferencias de influencia. En cuanto al diagnóstico, es más influyente entre las AP y entre las B, para las AR, menos.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES



V. explicativas, edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, tus amigos te influyen en la forma de comportarte con otros amigos, familia.

A medida que crecen la influencia de los amigos en la manera de comportarse es menor y la preferencia camina desde el 1º puesto hacia el 3º puesto, a medida que se sube en cursos, igualmente la preferencia se retira hasta el 4º lugar para universitarias, las AR, AP están más influidas, sin embargo las B no se sienten influidas.



V. explicativas, edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, tus amigos te influyen en la forma de vestir y llevar ropa de moda.

La influencia de amigos en la forma de vestir es 1º preferencia para las pequeñas y 3º para las demás, igual tónica se repite en los estudios, con una significación de 0,05. Esta preferencia es la tercera para las AR, y las AP, y la 2º para las bulímicas más propensas a esta influencia de las amistades.



V. explicativas, edad estudios, diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar, tus amigos te influyen porque envidias a alguno por su aspecto y éxito.

Las más pequeñas envidian a algún amigo más que las mayores, aunque en todos los casos se elige en últimos lugares, en cuanto al nivel de estudios las pequeñas se inclinan por los 2ª y 4ª preferencia, aunque con presencia fuerte en los primeros puestos, lo mismo pasa con las universitarias de presencia mayor en puestos como el 2º, 4º, 6º, las que más claro presentan dicha influencia son las de bachiller en 4ª preferencia, en este aspecto la significación de 0,03 para ver la relación de dependencia de ambos parámetros, las que más influencia por envidia de amigos tienen son las AP y las B cuya preferencia está en 2º lugar, las AR han elegido principalmente el 4º lugar.



V. explicativas, edad estudios, , diagnóstico, IMC ideal

V. a explicar, tus amigos te influyen en la forma de alimentarte, dietas, belleza...

Muy tímidamente las mayores parecen más influidas en la manera de alimentarse que el resto, en estudios se cumple la misma tónica aunque ocupa siempre

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 **I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

los lugares finales, a medida que los índices se estabilizan aparece un cierto repunte a preferencias mayores para las pacientes, los niveles de significación son representativos.

**11<sup>o</sup>** Si habíamos preguntado por **las causas que influían** en la decisión de adelgazar, ahora preguntamos por ellas **pero a posteriori o sea para ver la influencia en la curación** o en el mejor estado físico de las niñas. Aquí vamos a mezclar aspectos de microcontexto y macrocontexto. Según la influencia tenemos de más a menos los siguientes: tener confianza sin obsesionarse por alguna parte del cuerpo, controlar un peso estable, la importancia de amigos, de chicos, las modelos: patrón a seguir, la familia, la información de dietas, los productos light, y las modelos de publicidad.



V. explicativas edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar para sentirme bien debo tener confianza sin obsesionarme con mi cuerpo.

En todos los aspectos esta variable es muy importante para todas las edades, más para las mayores y cursos superiores, especialmente para las bulimias.



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar para sentirme bien debo controlar un peso estable y llevar una vida "normal"

Las niñas independientemente de sus estudios, diagnósticos y edad, añoran mantener un peso estable y hacer vida "normal".



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar para sentirme bien debo tener amigos y ser querida y aceptada.

A medida que aumentan en edad y cursos, es mayor la importancia. En todos los diagnósticos es máxima la importancia a este aspecto de la amistad.



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, debería ser querida por un chico al que le guste como soy.

Este aspecto es importante para todas especialmente para las universitarias y mayores con significación  $p < 0,05$ , las AR y AP están muy influidas por esto, más las B



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES



V. explicativas: edad, estudios  $p < 0.01$ , diagnóstico, IMC ideal  $p < 0.01$ .

V. a explicar: las modelos no deberían ser patrón a seguir y la ropa no ser sólo para "delgadas".

Es muy influyente el tema de las modelos para que se sientan mejor consigo mismas, las más influidas las AR y B en porcentajes similares, las mayores y universitarias opinan más que es muy importante que las modelos no sean patrón a seguir. En todos los índices ideales se tiene en cuenta la mayor importancia que para ellas supone la desaparición de este patrón con un índice de significación bueno.



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar, para sentirme bien debería vivir en un mejor ambiente familiar.

El ambiente familiar parece no influir decisivamente en el malestar de las enfermas aunque se dan contrastes fuertes que hacen pensar en una mala comprensión.



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar: deberían desaparecer todos productos light, de belleza de la publicidad.

Dejar de anunciar productos light es "indiferente" en "mayoría" para pequeñas y medianas, las mayores son más sensibles, por estudios resulta "indiferente" para todas. Influye más a las B, AR y AP se sienten "indiferentes" especialmente las AP.



V. explicativas: edad, estudios  $p < 0.01$ , diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar: deberían desaparecer las informaciones de dietas y de belleza.

En cuanto a la influencia de la información de dietas, a las más pequeñas les influye "bastante" y la tendencia es a influir menos, el diagnóstico presenta que las AR están algo influidas, las AP "bastante" influidas por las informaciones y estarían mejor si desaparecieran, a las B les resulta "indiferente". Según el IMC ideal que deben tener, a medida que este debe aumentar aumenta la preocupación por esta información.

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES



V. explicativas: edad, estudios, diagnóstico, IMC ideal.

V. a explicar: las modelos de publicidad no deberían ser tan estupendas.

En cuanto a la influencia que ejercen las modelos publicitarias en la enfermedad, las más influidas son las pequeñas, tendiendo a la indiferencia a medida que son mayores, según estudios se cumple la misma tónica, siendo las más afectadas las de ESO y bachiller y las de universidad más "indiferentes", el diagnóstico explica que las más influidas son las B en "mayoría" y las AR y AP se sienten "indiferentes".

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## VI.7.4 Tabulación cruzada de las variables entre sanas y enfermas y test de medias.

En este epígrafe vamos a ver los resultados de las tablas de frecuencia por variables comparando los diagnósticos de las enfermas e introduciendo a la muestra de chicas sanas. En este caso solo se han comparado las variables de tipo específico y no incluyendo las comparaciones de sanas y enfermas a nivel sociodemográfico.

Después se han hallado los test de medias entre enfermas y sanas para encontrar las variables que son significativamente representativas del cuestionario.

### **TABLAS DE FRECUENCIAS. PREGUNTA 1. IDENTIFICACIÓN DE IMÁGENES. SEGÚN DIAGNÓSTICOS.**

#### **PERSONA QUE MÁS ADMIRAS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válido HIPERDELGADO	9	9,0	9,0	9,0
	DELGADA	62	62,0	62,0	71,0
	NORMAL	26	26,0	26,0	97,0
	RELLENITA	2	2,0	2,0	99,0
	N.C.	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
Total		100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA/NO PURGATIVA	Válido HIPERDELGADO	5	12,8	12,8	12,8
	DELGADA	21	53,8	53,8	66,7
	NORMAL	9	23,1	23,1	89,7
	RELLENITA	3	7,7	7,7	97,4
	OBESA	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
Total		39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA/NO PURGATIVA	Válido HIPERDELGADO	4	16,7	16,7	16,7
	DELGADA	14	58,3	58,3	75,0
	NORMAL	5	20,8	20,8	95,8
	RELLENITA	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS	Válido HIPERDELGADO	1	,5	,5	,5
	DELGADA	75	41,0	41,0	41,5
	NORMAL	86	47,0	47,0	88,5
	RELLENITA	20	10,9	10,9	99,5
	OBESA	1	,5	,5	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
Total		183	100,0		

TABLA 1

#### **CUAL TIENE MÁS AMIGOS/AS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válido HIPERDELGADO	1	1,0	1,0	1,0
	DELGADA	32	32,0	32,0	33,0
	NORMAL	37	37,0	37,0	70,0
	RELLENITA	15	15,0	15,0	85,0
	OBESA	11	11,0	11,0	96,0
	N.C.	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
Total		100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válido HIPERDELGADO	1	2,6	2,6	2,6
	DELGADA	14	35,9	35,9	38,5
	NORMAL	15	38,5	38,5	76,9
	RELLENITA	4	10,3	10,3	87,2
	OBESA	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
Total		39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA/NO PURGATIVA	Válido DELGADA	14	58,3	58,3	58,3
	NORMAL	2	8,3	8,3	66,7
	RELLENITA	5	20,8	20,8	87,5
	OBESA	2	8,3	8,3	95,8
	N.C.	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
Total		24	100,0		
SANAS	Válido HIPERDELGADO	1	,5	,5	,5
	DELGADA	42	23,0	23,0	23,5
	NORMAL	95	51,9	51,9	75,4
	RELLENITA	21	11,5	11,5	86,9
	OBESA	24	13,1	13,1	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
Total		183	100,0		

TABLA 2

En cuanto a la pregunta de identificación con la persona que más admiras, destacamos como las sanas y las anoréxicas restrictivas son las que más identifican a la

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

## VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

## VI.3 EL CUESTIONARIO

## VI.4 LA MUESTRA

## VI.5 OBJETIVOS

## VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

## VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

## VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

"delgada" con la persona que más admiran. En cuanto a la persona que consideran tiene más amigos, las sanas piensan que la "normal" es la más capacitada, las anoréxicas piensan que la persona que tiene más amigos es la "delgada" y la "normal" por igual y las B piensan que son las "delgadas" casi exclusivamente.

## A CUAL TE GUSTARIA PARECERTE

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Válido HIPERDELGADO	9	9,0	9,0	9,0
RESTRICTO DELGADA	68	68,0	68,0	77,0
NORMAL	22	22,0	22,0	99,0
RELLENITA	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA Válido HIPERDELGADO	5	12,8	12,8	12,8
PURGATIVO DELGADA	21	53,8	53,8	66,7
NORMAL	12	30,8	30,8	97,4
RELLENITA	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA Válido HIPERDELGADO	5	20,8	20,8	20,8
PURGATIVO DELGADA	14	58,3	58,3	79,2
NO NORMAL	4	16,7	16,7	95,8
PURGATIVO RELLENITA	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
SANAS Válido HIPERDELGADO	2	1,1	1,1	1,1
DELGADA	108	59,0	59,0	60,1
NORMAL	71	38,8	38,8	98,9
RELLENITA	2	1,1	1,1	100,0
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 3

## CUAL SE PARECE MÁS A TÍ DE NIÑA

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Válido HIPERDELGADO	12	12,0	12,0	12,0
RESTRICTO DELGADA	23	23,0	23,0	35,0
NORMAL	29	29,0	29,0	64,0
RELLENITA	27	27,0	27,0	91,0
OBESA	7	7,0	7,0	98,0
N.C.	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA Válido DELGADA	8	20,5	20,5	20,5
PURGATIVO NORMAL	11	28,2	28,2	48,7
RELLENITA	16	41,0	41,0	89,7
OBESA	3	7,7	7,7	97,4
N.C.	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA Válido HIPERDELGADO	1	4,2	4,2	4,2
PURGATIVO DELGADA	4	16,7	16,7	20,8
NO NORMAL	3	12,5	12,5	33,3
PURGATIVO RELLENITA	10	41,7	41,7	75,0
OBESA	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	
SANAS Válido HIPERDELGADO	23	12,6	12,6	12,6
DELGADA	65	35,5	35,5	48,1
NORMAL	53	29,0	29,0	77,0
RELLENITA	36	19,7	19,7	96,7
OBESA	6	3,3	3,3	100,0
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 4

Todas las categorías quieren parecerse a personas "delgadas" aunque la más identificada con esta imagen son las AR. En cuanto a la identificación de las categorías según el parecido con su imagen de pequeñas, las sanas en mayoría se identifican con las "normales", las AR se identifican por igual con las "delgadas", "normales" y "rellenitas" y son las AP y B las que se identifican con las "rellenitas".

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## CUAL ES MÁS EXIGENTE CON ELLA

## CUAL TIENE MÁS ÉXITO CON CHICOS

Tabla de frecuencia

DIAGNÓSTICO DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Restrictiva	76	76,0	76,0	76,0
Hiperdelgada	20	20,0	20,0	96,0
Normal	2	2,0	2,0	98,0
Obesa	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA Purgativa	32	82,1	82,1	82,1
Hiperdelgada	3	7,7	7,7	89,7
Normal	3	7,7	7,7	97,4
Relenita	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA Purgativa	16	66,7	66,7	66,7
Hiperdelgada	4	16,7	16,7	83,3
Normal	2	8,3	8,3	91,7
Obesa	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	118	64,5	64,5	64,5
Hiperdelgada	35	19,1	19,1	83,6
Normal	18	9,8	9,8	93,4
Relenita	4	2,2	2,2	95,6
Obesa	8	4,4	4,4	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 5

Tabla de frecuencia

DIAGNÓSTICO DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Restrictiva	5	5,0	5,0	5,0
Hiperdelgada	67	67,0	67,0	72,0
Normal	23	23,0	23,0	95,0
N.C.	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA Purgativa	2	5,1	5,1	5,1
Hiperdelgada	20	51,3	51,3	56,4
Normal	17	43,6	43,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA Purgativa	1	4,2	4,2	4,2
Hiperdelgada	18	75,0	75,0	79,2
Normal	4	16,7	16,7	95,8
N.C.	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	7	3,8	3,8	3,8
Hiperdelgada	122	66,7	66,7	70,5
Normal	49	26,8	26,8	97,3
Relenita	4	2,2	2,2	99,5
Obesa	1	,5	,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 6

Todas piensan que las hiperdelgadas se exigen más, especialmente las AP. Las que más éxito tienen las "delgadas" aunque las B son las más convencidas de esto.

## CON CUAL IDENTIFICAS A LA GENTE

## CON CUAL TE IDENTIFICAS AHORA

Tabla de frecuencia

DIAGNÓSTICO DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Restrictiva	2	2,0	2,0	2,0
Hiperdelgada	38	38,0	38,0	40,0
Normal	50	50,0	50,0	90,0
Relenita	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA Purgativa	1	2,6	2,6	2,6
Hiperdelgada	8	20,5	20,5	23,1
Normal	24	61,5	61,5	84,6
Relenita	5	12,8	12,8	97,4
N.C.	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA Purgativa	2	8,3	8,3	8,3
Hiperdelgada	6	25,0	25,0	33,3
Normal	13	54,2	54,2	87,5
Relenita	3	12,5	12,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	4	2,2	2,2	2,2
Hiperdelgada	33	18,0	18,0	20,2
Normal	120	65,6	65,6	85,8
Relenita	26	14,2	14,2	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 7

Tabla de frecuencia

DIAGNÓSTICO DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA Restrictiva	7	7,0	7,0	7,0
Hiperdelgada	19	19,0	19,0	26,0
Normal	47	47,0	47,0	73,0
Relenita	22	22,0	22,0	95,0
Obesa	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA Purgativa	1	2,6	2,6	2,6
Hiperdelgada	10	25,6	25,6	28,2
Normal	18	46,2	46,2	74,4
Relenita	7	17,9	17,9	92,3
Obesa	3	7,7	7,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA Purgativa	1	4,2	4,2	4,2
Hiperdelgada	14	58,3	58,3	62,5
Normal	4	16,7	16,7	79,2
Relenita	5	20,8	20,8	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	1	,5	,5	,5
Hiperdelgada	53	29,0	29,0	29,5
Normal	95	51,9	51,9	81,4
Relenita	27	14,8	14,8	96,2
Obesa	7	3,8	3,8	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 8

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Todas las categorías piensan que la gente de su alrededor son "normales" y ellas se ven "normales" independientemente de su peso real (por debajo del indicado).

**COMO SON PARA TI LAS MODELOS PASARELA Y LAS MODELOS DE PUBLICIDAD**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA				
Mujer	66	66,0	66,0	66,0
Hiperdelgada	33	33,0	33,0	99,0
Delgada	1	1,0	1,0	100,0
Mujer Normal	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA				
Mujer	21	53,8	53,8	53,8
Hiperdelgada	16	41,0	41,0	94,9
Delgada	2	5,1	5,1	100,0
Mujer Normal	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA				
Mujer	17	70,8	70,8	70,8
Hiperdelgada	7	29,2	29,2	100,0
Delgada	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS				
Mujer	118	64,5	64,5	64,5
Hiperdelgada	62	33,9	33,9	98,4
Delgada	3	1,6	1,6	100,0
Mujer Normal	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

**TABLA 9**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA				
Mujer	21	21,0	21,0	21,0
Hiperdelgada	75	75,0	75,0	96,0
Delgada	4	4,0	4,0	100,0
Mujer Normal	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA				
Mujer	10	25,6	25,6	25,6
Hiperdelgada	24	61,5	61,5	87,2
Delgada	4	10,3	10,3	97,4
Mujer Normal	1	2,6	2,6	100,0
N.C	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA				
Mujer	8	33,3	33,3	33,3
Hiperdelgada	15	62,5	62,5	95,8
Delgada	1	4,2	4,2	100,0
Mujer Normal	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS				
Mujer	31	16,9	16,9	16,9
Hiperdelgada	142	77,6	77,6	94,5
Delgada	9	4,9	4,9	99,5
Mujer Normal	1	,5	,5	100,0
RELLNITA	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

**TABLA10**

Todas las categorías perciben a las modelos de pasarela como "hiperdelgadas" sobre todo las B, y las modelos de publicidad "delgadas" en mayoría.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**CUAL ESTÁ MÁS EN FORMA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTA	MUJER HIPERDELGADA	3	3,0	3,0	3,0
	MUJER DELGADA	44	44,0	44,0	47,0
	MUJER NORMAL	52	52,0	52,0	99,0
	MUJER OBESA	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
	Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	MUJER HIPERDELGADA	1	2,6	2,6	2,6
	MUJER DELGADA	20	51,3	51,3	53,8
	MUJER NORMAL	18	46,2	46,2	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
	Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA	MUJER DELGADA	12	50,0	50,0	50,0
	MUJER NORMAL	12	50,0	50,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS	MUJER HIPERDELGADA	1	,5	,5	,5
	MUJER DELGADA	53	29,0	29,0	29,5
	MUJER NORMAL	124	67,8	67,8	97,3
	MUJER RELLENITA	5	2,7	2,7	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
	Total	183	100,0		

**TABLA 11****CUAL ESTÁ MÁS SANA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTA	MUJER HIPERDELGADA	1	1,0	1,0	1,0
	MUJER DELGADA	23	23,0	23,0	24,0
	MUJER NORMAL	69	69,0	69,0	93,0
	MUJER RELLENITA	3	3,0	3,0	96,0
	MUJER OBESA	3	3,0	3,0	99,0
	N.C.	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
	Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	MUJER DELGADA	8	20,5	20,5	20,5
	MUJER NORMAL	26	66,7	66,7	87,2
	MUJER RELLENITA	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
	Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA	MUJER DELGADA	4	16,7	16,7	16,7
	MUJER NORMAL	17	70,8	70,8	87,5
	MUJER RELLENITA	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS	MUJER HIPERDELGADA	1	,5	,5	,5
	MUJER DELGADA	15	8,2	8,2	8,7
	MUJER NORMAL	151	82,5	82,5	91,3
	MUJER RELLENITA	13	7,1	7,1	98,4
	MUJER OBESA	3	1,6	1,6	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
	Total	183	100,0		

**TABLA 12**

Creo que la mujer en forma está entre "delgada" y "normal", las sanas opinan que la más en forma está "normal". Todas que la más sana es la chica "normal".

**CUAL TRIUNFA MÁS EN LA VIDA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTA	MUJER HIPERDELGADA	5	5,0	5,0	5,0
	MUJER DELGADA	53	53,0	53,0	58,0
	MUJER NORMAL	37	37,0	37,0	95,0
	MUJER RELLENITA	4	4,0	4,0	99,0
	N.C.	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
	Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	MUJER HIPERDELGADA	1	2,6	2,6	2,6
	MUJER DELGADA	18	46,2	46,2	48,7
	MUJER NORMAL	15	38,5	38,5	87,2
	MUJER RELLENITA	5	12,8	12,8	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
	Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA	MUJER HIPERDELGADA	4	16,7	16,7	16,7
	MUJER DELGADA	10	41,7	41,7	58,3
	MUJER NORMAL	8	33,3	33,3	91,7
	MUJER OBESA	1	4,2	4,2	95,8
	N.C.	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS	MUJER HIPERDELGADA	6	3,3	3,3	3,3
	MUJER DELGADA	87	47,5	47,5	50,8
	MUJER NORMAL	72	39,3	39,3	90,2
	MUJER RELLENITA	11	6,0	6,0	96,2
	MUJER OBESA	7	3,8	3,8	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
	Total	183	100,0		

**TABLA 13**

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

No tienen dudas al opinar que las personas más triunfadoras son "delgadas"

## **PRUEBA T Para la pregunta 1. Identificación con imágenes.**

### **DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE SANAS Y ENFERMAS.**

En este test, el dato fundamental es la significación (sig), que para un nivel de confianza aplicado del 95%, debe ser menor al 0.05 para que se pueda rechazar la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas entre las medias.

Existen diferencias significativas entre sanas y enfermas en las variables:

Cuál se parece físicamente a la persona que más admiras.

Cómo es la persona a la que más te gustaría parecerse.

Cuál se parecía más a ti físicamente de niña.

Cuál consideras más exigente consigo misma.

Con cuál identificas a la mayoría de la gente.

A cuál consideras que está más en forma.

En el resto de variables incluidas las de identificación con modelos publicitarias y de pasarela no existen diferencias significativas.

### **Prueba T. DIFERENCIAS: ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA**

Solo hay diferencias en: "Cuál se parecía más a ti físicamente de niña".

### **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA**

Hay diferencias significativas en las variables "parecerse físicamente de niña" y "persona con la que más te identificas ahora".

### **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

En este caso se aprecian diferencias en mayor número de variables:

Cómo es la persona a la que más admiras

Cómo es la persona a la que te gustaría parecerse.

Cómo es la persona a la que te parecías de pequeña.

Cuál crees que es más exigente consigo misma.

Con cuál identificas a la mayoría de la gente.

Cuál crees que está más en forma.



CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
VI.3 EL CUESTIONARIO  
VI.4 LA MUESTRA  
VI.5 OBJETIVOS  
VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA**

En este caso en ninguna de las variables aparecen diferencias significativas

## **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y SANA**

En este caso se producen diferencias significativas en las variables:

Cómo es la persona a la que más admiras.

A cuál te parecías más físicamente de niña.

Cuál crees que es más exigente consigo misma.

Cual crees que está más en forma.

## **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE BULIMICAS Y SANAS**

En este caso se producen diferencias entre:

Cómo es la persona que más admiras.

A cuál le gustaría parecerse.

A cuál se parecía más de niña.

Con cuál se identifica más ahora.

Cuál consideras que está más en forma.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## FRECUENCIAS DE LA PREGUNTA 2. POR DIAGNÓSTICOS. ¿QUÉ HACEN LAS CHICAS DE TU EDAD PARA ESTAR EN FORMA?

**A VECES HACEN DIETA,  
PERO SIN DEJAR DE COMER.**

**NO HACEN DIETAS Y COMEN  
EQUILIBRADAMENTE.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	LA MAYOR BASTANTE	18	18,0	18,0	18,0
	ALGUNAS	46	46,0	46,0	64,0
	CASI NINGUNA	30	30,0	30,0	94,0
	NINGUNA	5	5,0	5,0	99,0
	Total	1	1,0	1,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	LA MAYOR BASTANTE	8	20,5	20,5	20,5
	ALGUNAS	17	43,6	43,6	64,1
	CASI NINGUNA	13	33,3	33,3	97,4
	NINGUNA	1	2,6	2,6	100,0
Total		39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	LA MAYOR BASTANTE	8	33,3	33,3	33,3
	ALGUNAS	6	25,0	25,0	58,3
	CASI NINGUNA	9	37,5	37,5	95,8
	NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
Total		24	100,0	100,0	
SANAS	LA MAYOR BASTANTE	29	15,8	15,8	15,8
	ALGUNAS	83	45,4	45,4	61,2
	CASI NINGUNA	55	30,1	30,1	91,3
	NINGUNA	15	8,2	8,2	99,5
Total		1	,5	,5	100,0
Total		183	100,0	100,0	

TABLA 14

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA	Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	MAYORIA BASTANTES	19	19,0	19,0	19,0
	ALGUNAS	27	27,0	27,0	46,0
	CASI NINGUNA	38	38,0	38,0	84,0
	NINGUNA	14	14,0	14,0	98,0
	Total	2	2,0	2,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	MAYORIA BASTANTES	3	7,7	7,7	7,7
	ALGUNAS	11	28,2	28,2	35,9
	CASI NINGUNA	15	38,5	38,5	74,4
	NINGUNA	8	20,5	20,5	94,9
	Total	2	5,1	5,1	100,0
Total		39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	MAYORIA BASTANTES	3	12,5	12,5	12,5
	ALGUNAS	5	20,8	20,8	33,3
	CASI NINGUNA	11	45,8	45,8	79,2
	NINGUNA	5	20,8	20,8	100,0
Total		24	100,0	100,0	
SANAS	MAYORIA BASTANTES	33	18,0	18,0	18,0
	ALGUNAS	54	29,5	29,5	47,5
	CASI NINGUNA	63	34,4	34,4	82,0
	NINGUNA	31	16,9	16,9	98,9
Total		2	1,1	1,1	100,0
Total		183	100,0	100,0	

TABLA 15.

Al percibir a las adolescentes como personas que a veces hacen dieta sin dejar de comer, no se aprecian diferencias entre sanas y enfermas, excepto las B que piensan que algunas tienen esta conducta.

En cuanto a la variable de la Tabla 15, no hay diferencias en esta variable.

### TOMAN PRODUCTOS LIGHT Y OTROS ANUNCIADOS EN TV Y PRENSA.

Piensan que bastantes los consumen, las anoréxicas son más sensibles.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**DEJAN DE COMER PARA PONERSE ROPA DE MODA AJUSTADA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MAYORIA	11	11,0	11,0	11,0
		BASTANTES	33	33,0	33,0	44,0
		ALGUNAS	34	34,0	34,0	78,0
		CASI	17	17,0	17,0	95,0
		NINGUNA	4	4,0	4,0	99,0
		N.C.	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	6	15,4	15,4	15,4
		BASTANTES	13	33,3	33,3	48,7
		ALGUNAS	14	35,9	35,9	84,6
		CASI	4	10,3	10,3	94,9
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
		Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	2	8,3	8,3	8,3
		BASTANTES	8	33,3	33,3	41,7
		ALGUNAS	9	37,5	37,5	79,2
		CASI	4	16,7	16,7	95,8
		NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
		Total	24	100,0		
		Total	24	100,0		
SANAS	Válidos	MAYORIA	29	15,8	15,8	15,8
		BASTANTES	45	24,6	24,6	40,4
		ALGUNAS	55	30,1	30,1	70,5
		CASI	48	26,2	26,2	96,7
		NINGUNA	6	3,3	3,3	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		
		Total	183	100,0		

**TABLA 16**

Las enfermas opinan que bastantes y algunas chicas lo hacen, mientras las sanas opinan que solo algunas tienen esta razón.

**HACEN DIETA PARA SER COMO LAS MODELOS PUBLICITARIAS.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MAYORIA	13	13,0	13,0	13,0
		BASTANTES	28	28,0	28,0	41,0
		ALGUNAS	39	39,0	39,0	80,0
		CASI	17	17,0	17,0	97,0
		NINGUNA	3	3,0	3,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	8	20,5	20,5	20,5
		BASTANTES	18	46,2	46,2	66,7
		ALGUNAS	7	17,9	17,9	84,6
		CASI	4	10,3	10,3	94,9
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
		Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	7	29,2	29,2	29,2
		BASTANTES	8	33,3	33,3	62,5
		ALGUNAS	4	16,7	16,7	79,2
		CASI	5	20,8	20,8	100,0
		NINGUNA				
		Total	24	100,0	100,0	
		Total	24	100,0		
		Total	24	100,0		
SANAS	Válidos	MAYORIA	25	13,7	13,7	13,7
		BASTANTES	56	30,6	30,6	44,3
		ALGUNAS	55	30,1	30,1	74,3
		CASI	40	21,9	21,9	96,2
		NINGUNA	7	3,8	3,8	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		
		Total	183	100,0		

**TABLA 17**

Las más proclives son las AP y B, las restrictivas y sanas piensan que bastantes o algunas chicas así lo desean.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**LEEN TODA INFORMACIÓN SOBRE BELLEZA, ADELGAZAMIENTO.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MAYORIA	26	26,0	26,0	26,0
		BASTANTES	38	38,0	38,0	64,0
		ALGUNAS	22	22,0	22,0	86,0
		CASI	10	10,0	10,0	96,0
		NINGUNA	4	4,0	4,0	100,0
		NINGUNA	4	4,0	4,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	18	46,2	46,2	46,2
		BASTANTES	10	25,6	25,6	71,8
		ALGUNAS	9	23,1	23,1	94,9
		CASI	2	5,1	5,1	100,0
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
	Total		39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	8	33,3	33,3	33,3
		BASTANTES	11	45,8	45,8	79,2
		ALGUNAS	3	12,5	12,5	91,7
		CASI	1	4,2	4,2	95,8
		NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
		NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
	Total		24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos	MAYORIA	54	29,5	29,5	29,5
		BASTANTES	55	30,1	30,1	59,6
		ALGUNAS	56	30,6	30,6	90,2
		CASI	13	7,1	7,1	97,3
		NINGUNA	5	2,7	2,7	100,0
		NINGUNA	5	2,7	2,7	100,0
	Total		183	100,0	100,0	

**TABLA 18**

Se aprecia diferencia entre sanas y enfermas, las enfermas reafirman esta influencia y las sanas creen que solo algunas están influidas por la información.

**QUEMAN LO QUE COMIERON, HACIENDO EJERCICIO, VOMITOS, LAXANTES.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MAYORIA	6	6,0	6,0	6,0
		BASTANTES	16	16,0	16,0	22,0
		ALGUNAS	50	50,0	50,0	72,0
		CASI	23	23,0	23,0	95,0
		NINGUNA	5	5,0	5,0	100,0
		NINGUNA	5	5,0	5,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	1	2,6	2,6	2,6
		BASTANTES	10	25,6	25,6	28,2
		ALGUNAS	17	43,6	43,6	71,8
		CASI	9	23,1	23,1	94,9
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
		NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
	Total		39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MAYORIA	2	8,3	8,3	8,3
		BASTANTES	4	16,7	16,7	25,0
		ALGUNAS	13	54,2	54,2	79,2
		CASI	2	8,3	8,3	87,5
		NINGUNA	3	12,5	12,5	100,0
		NINGUNA	3	12,5	12,5	100,0
	Total		24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos	MAYORIA	8	4,4	4,4	4,4
		BASTANTES	30	16,4	16,4	20,8
		ALGUNAS	82	44,8	44,8	65,6
		CASI	47	25,7	25,7	91,3
		NINGUNA	16	8,7	8,7	100,0
		NINGUNA	16	8,7	8,7	100,0
	Total		183	100,0	100,0	

**TABLA 19**

Todas piensan que algunas intentan quemar calorías inadecuadamente.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ENFERMAS Y SANAS**

Apreciamos que no existen diferencias significativas entre los dos grupos salvo en la variable "toman productos light y otros anunciados en televisión".

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA**

En este caso, al contrastar las diferencias, solo apreciamos una significación suficiente en la variable "leen toda la información sobre belleza y adelgazamiento".

**Prueba T. DIFERENCIAS DE ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA. ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS. ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA. BULIMICAS Y SANAS**

En este caso no se aprecia ninguna diferencia significativa.

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS**

En este caso se aprecian diferencias significativas para las variables:

Toman productos light y otros anunciados en televisión

Hacen dieta para ser como las modelos.

Leen toda la información sobre belleza y adelgazamiento.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## FRECUENCIAS PREGUNTA 3. SEGMENTADAS POR DIAGNÓSTICOS. ¿CUÁNDO LAS CHICAS DE TU EDAD DESEAN ADELGAZAR POR QUÉ LO HACEN?

**PARA SOLUCIONAR ASI SUS PROBLEMAS      PARA TENER MÁS AMIGOS/AS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIV/	Válidos MAYORIA	12	12,0	12,0	12,0
	BASTANTE	19	19,0	19,0	31,0
	ALGUNAS	36	36,0	36,0	67,0
	CASI NINGUNA	24	24,0	24,0	91,0
	NINGUNA	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos MAYORIA	1	2,6	2,6	2,6
	BASTANTE	9	23,1	23,1	25,6
	ALGUNAS	19	48,7	48,7	74,4
	CASI NINGUNA	7	17,9	17,9	92,3
	NINGUNA	2	5,1	5,1	97,4
	N.C.	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA ' NO PURGATIVA	Válidos MAYORIA	4	16,7	16,7	16,7
	BASTANTE	2	8,3	8,3	25,0
	ALGUNAS	12	50,0	50,0	75,0
	CASI NINGUNA	6	25,0	25,0	100,0
	NINGUNA				
	Total	24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos MAYORIA	12	6,6	6,6	6,6
	BASTANTE	38	20,8	20,8	27,3
	ALGUNAS	80	43,7	43,7	71,0
	CASI NINGUNA	44	24,0	24,0	95,1
	NINGUNA	9	4,9	4,9	100,0
	Total	183	100,0	100,0	

TABLA 20

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIV/	Válidos MAYORIA	23	23,0	23,0	23,0
	BASTANTE	39	39,0	39,0	62,0
	ALGUNAS	27	27,0	27,0	89,0
	CASI NINGUNA	10	10,0	10,0	99,0
	NINGUNA	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos MAYORIA	7	17,9	17,9	17,9
	BASTANTE	14	35,9	35,9	53,8
	ALGUNAS	10	25,6	25,6	79,5
	CASI NINGUNA	6	15,4	15,4	94,9
	NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA ' NO PURGATIVA	Válidos MAYORIA	8	33,3	33,3	33,3
	BASTANTE	8	33,3	33,3	66,7
	ALGUNAS	6	25,0	25,0	91,7
	CASI NINGUNA	1	4,2	4,2	95,8
	NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos MAYORIA	38	20,8	20,8	20,8
	BASTANTE	66	36,1	36,1	56,8
	ALGUNAS	58	31,7	31,7	88,5
	CASI NINGUNA	17	9,3	9,3	97,8
	NINGUNA	4	2,2	2,2	100,0
	Total	183	100,0	100,0	

TABLA 21

No existen diferencias en que todas creen que casi ninguna chica adelgaza para solucionar así sus problemas, el porcentaje más alto es el de las AP que opinan que "algunas lo hacen" con el mayor porcentaje.

Las enfermas opinan en mayoría que adelgazan para tener amigos, el porcentaje más bajo es para las sanas que dicen que sólo algunas lo hacen por ésto.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**PARA ESTAR A LA MODA DE LA ROPA AJUSTADA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	20	20,0	20,0	20,0
BASTANTE	42	42,0	42,0	62,0
ALGUNAS	29	29,0	29,0	91,0
CASI NINGUNA	7	7,0	7,0	98,0
NINGUNA	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	11	28,2	28,2	28,2
BASTANTE	17	43,6	43,6	71,8
ALGUNAS	8	20,5	20,5	92,3
CASI NINGUNA	2	5,1	5,1	97,4
NINGUNA	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA	10	41,7	41,7	41,7
BASTANTE	8	33,3	33,3	75,0
ALGUNAS	5	20,8	20,8	95,8
CASI NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	39	21,3	21,3	21,3
BASTANTE	85	46,4	46,4	67,8
ALGUNAS	46	25,1	25,1	92,9
CASI NINGUNA	12	6,6	6,6	99,5
NINGUNA	1	,5	,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 22****PARA TENER ÉXITO Y SER ADMIRADAS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	41	41,0	41,0	41,0
BASTANTE	29	29,0	29,0	70,0
ALGUNAS	21	21,0	21,0	91,0
CASI NINGUNA	7	7,0	7,0	98,0
NINGUNA	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	15	38,5	38,5	38,5
BASTANTE	14	35,9	35,9	74,4
ALGUNAS	9	23,1	23,1	97,4
NINGUNA	1	2,6	2,6	100,0
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA	14	58,3	58,3	58,3
BASTANTE	7	29,2	29,2	87,5
ALGUNAS	1	4,2	4,2	91,7
CASI NINGUNA	1	4,2	4,2	95,8
N.C.	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	54	29,5	29,5	29,5
BASTANTE	78	42,6	42,6	72,1
ALGUNAS	36	19,7	19,7	91,8
CASI NINGUNA	13	7,1	7,1	98,9
NINGUNA	2	1,1	1,1	100,0
Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 23**

Cuando la causa es la moda y concretamente ir con ropa ajustada, la mayor parte de las chicas enfermas piensan que bastantes así lo creen, las B son las que piensan en mayor número que esto lo hacen las chicas de su edad, y son las sanas las que también piensan que bastantes chicas adelgazan por ésto.

La diferencia en esta pregunta entre sanas y enfermas es enorme ya que las enfermas piensan que la mayoría adelgazan por ganar admiración y aceptación mientras que las sanas creen que sólo bastantes lo hacen.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**PORQUE VEN MUCHA PUBLICIDAD ADELGAZANTE**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos MAYORIA	12	12,0	12,0	12,0
	BASTANTE	41	41,0	41,0	53,0
	ALGUNAS	24	24,0	24,0	77,0
	CASI NINGUNA	17	17,0	17,0	94,0
	NINGUNA	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos MAYORIA	7	17,9	17,9	17,9
	BASTANTE	17	43,6	43,6	61,5
	ALGUNAS	10	25,6	25,6	87,2
	CASI NINGUNA	3	7,7	7,7	94,9
	NINGUNA	2	5,1	5,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA	Válidos MAYORIA	6	25,0	25,0	25,0
	BASTANTE	11	45,8	45,8	70,8
	ALGUNAS	4	16,7	16,7	87,5
	CASI NINGUNA	2	8,3	8,3	95,8
	NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos MAYORIA	20	10,9	10,9	10,9
	BASTANTE	52	28,4	28,4	39,3
	ALGUNAS	65	35,5	35,5	74,9
	CASI NINGUNA	33	18,0	18,0	92,9
	NINGUNA	12	6,6	6,6	99,5
	N.C.	1	,5	,5	100,0
	Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 24****PARA PARECERSE ASI A LAS MODELOS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos MAYORIA	27	27,0	27,0	27,0
	BASTANTE	33	33,0	33,0	60,0
	ALGUNAS	30	30,0	30,0	90,0
	CASI NINGUNA	7	7,0	7,0	97,0
	NINGUNA	2	2,0	2,0	99,0
	N.C.	1	1,0	1,0	100,0
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos MAYORIA	14	35,9	35,9	35,9
	BASTANTE	10	25,6	25,6	61,5
	ALGUNAS	11	28,2	28,2	89,7
	CASI NINGUNA	2	5,1	5,1	94,9
	NINGUNA	1	2,6	2,6	97,4
	7,00	1	2,6	2,6	100,0
BULIMIA PURGATIVA NO PURGATIVA	Válidos MAYORIA	11	45,8	45,8	45,8
	BASTANTE	10	41,7	41,7	87,5
	ALGUNAS	1	4,2	4,2	91,7
	CASI NINGUNA	1	4,2	4,2	95,8
	NINGUNA	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
SANAS	Válidos MAYORIA	43	23,5	23,5	23,5
	BASTANTE	57	31,1	31,1	54,6
	ALGUNAS	57	31,1	31,1	85,8
	CASI NINGUNA	16	8,7	8,7	94,5
	NINGUNA	10	5,5	5,5	100,0
	Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 25**

Las enfermas piensan que bastantes chicas adelgazan porque ven mucha publicidad adelgazante en mayor medida que las sanas que creen que solo algunas lo hacen, aunque en menor porcentaje que lo opinado en otras causas como la anterior.

Las enfermas piensan más en mayoría, que las chicas adelgazan para parecerse a las modelos, las sanas creen que solo algunas lo hacen. La percepción más distorsionada es para las enfermas.

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ENFERMAS Y SANAS**

En este caso se aprecian diferencias significativas en la variable "quieren adelgazar porque ven mucha publicidad de productos adelgazantes y de belleza".

**Prueba T. DIFERENCIAS DE ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA ANORÉXICAS RESTRICTIVAS Y SANAS. ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA.**

En este caso no se aprecian diferencias significativas entre los grupos.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## Prueba T. DIFERENCIAS DE ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIAS

Se aprecian diferencias en la variable "para parecerse así a las modelos".

## Prueba T. DIFERENCIAS DE ANORÉXICAS PURGATIVAS Y SANAS

Hay diferencia en "porque ven publicidad de productos adelgazantes".

## Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE BULIMICAS Y SANAS.

En este caso se aprecian diferencias significativas entre dos variables:

"porque ven mucha publicidad de productos adelgazantes..."

"porque quieren adelgazar para parecerse así a las modelos".

Se han encontrado diferencias significativas que muestran distinta opinión entre sanas y enfermas, en lo referente a la visualización de publicidad adelgazante, cuando se ha preguntado directamente por esta causa.

También se ha obtenido resultado similar en lo referente a las modelos y el hecho de adelgazar para parecerse a ellas, entre los grupos de enfermas no se demuestra un comportamiento diferente significativamente contrario a la publicidad, al compararse con las sanas, excepto en las AP que son las más preocupadas por los estímulos visuales publicitarios.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## FRECUENCIAS PREGUNTA 4. ¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN TE INTERESA MÁS?

### ANOREXIA RESTRICTIVA

#### Estadísticos

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
LA RELACIONADA CON CONSEJOS BELLEZA, EJERCICIOS, DIETAS Y CHICOS	100	0	3,7800	6,00
LA DE SEXUALIDAD Y CHICOS	100	0	3,7500	3,00
LA INFORMACIÓN DE MODAS Y DE TENDENCIAS DE VESTIR	100	0	3,1400	3,00
LA INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD(SOCIAL, POLÍTICA, ECONOMÍA)	100	0	4,4000	7,00
LA DE PRODUCTOS ADELGAZANTES EXCLUSIVAMENTE	100	0	5,3000	7,00
LOS ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL	100	0	4,7400	5,00
OTRAS INFORMACIONES	100	0	2,9200	1,00

TABLA 26

### ANOREXIA PURGATIVA

#### Estadísticos

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
LA RELACIONADA CON CONSEJOS BELLEZA, EJERCICIOS, DIETAS Y CHICOS	39	0	3,5641	1,00
LA DE SEXUALIDAD Y CHICOS	39	0	3,2308	4,00
LA INFORMACIÓN DE MODAS Y DE TENDENCIAS DE VESTIR	39	0	3,1026	3,00
LA INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD(SOCIAL, POLÍTICA, ECONOMÍA)	39	0	4,6154	7,00
LA DE PRODUCTOS ADELGAZANTES EXCLUSIVAMENTE	39	0	4,8718	7,00
LOS ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL	39	0	5,1282	6,00
OTRAS INFORMACIONES	39	0	3,4615	1,00

TABLA 27

### BULIMIA

#### Estadísticos

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
LA RELACIONADA CON CONSEJOS BELLEZA, EJERCICIOS, DIETAS Y CHICOS	24	0	3,5000	1,00
LA DE SEXUALIDAD Y CHICOS	24	0	3,7500	3,00
LA INFORMACIÓN DE MODAS Y DE TENDENCIAS DE VESTIR	24	0	2,7917	2,00
LA INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD(SOCIAL, POLÍTICA, ECONOMÍA)	24	0	4,2500	7,00
LA DE PRODUCTOS ADELGAZANTES EXCLUSIVAMENTE	24	0	4,7500	4,00 <sup>a</sup>
LOS ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL	24	0	4,8750	5,00
OTRAS INFORMACIONES	24	0	4,0833	1,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

TABLA 28

### SANAS

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
CON CONSEJOS BELLEZA, EJERCICIOS, DIETAS Y CHICOS	183	0	3,950	3,0
LA DE SEXUALIDAD Y CHICOS	183	0	3,229	1,0
LA INFORMACIÓN DE MODAS Y DE TENDENCIAS DE VESTIR	183	0	3,245	2,0
LA INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD(SOCIAL, POLÍTICA, ECONOMÍA)	183	0	4,388	6,0
LA DE PRODUCTOS ADELGAZANTES EXCLUSIVAMENTE	183	0	5,945	7,0
LOS ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL	183	0	4,655	5,0
OTRAS INFORMACIONES	183	0	2,535	1,0

TABLA 29

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Los temas que más interesan a las chicas de la muestra se han medido por la moda como estadístico elegido. La sexualidad es primera opción para las sanas y se encuentra en 3ª preferencia para enfermas, menos importante para las AR, las otras informaciones ocupan el primer lugar para todos los diagnósticos y las tendencias del vestir y la moda preocupan a las AP, los consejos de belleza también a las B.

## ANUNCIOS PUBLICITARIOS EN GENERAL

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	1 PREFERIDA	5	5,0	5,0	5,0
		2 PREFERIDA	10	10,0	10,0	15,0
		3 PREFERIDA	10	10,0	10,0	25,0
		4 PREFERIDA	10	10,0	10,0	35,0
		5 PREFERIDA	26	26,0	26,0	61,0
		6 PREFERIDA	24	24,0	24,0	85,0
		7 PREFERIDA	15	15,0	15,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	2 PREFERIDA	3	7,7	7,7	7,7
		3 PREFERIDA	4	10,3	10,3	17,9
		4 PREFERIDA	3	7,7	7,7	25,6
		5 PREFERIDA	10	25,6	25,6	51,3
		6 PREFERIDA	13	33,3	33,3	84,6
		7 PREFERIDA	6	15,4	15,4	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	2 PREFERIDA	2	8,3	8,3	8,3
		3 PREFERIDA	2	8,3	8,3	16,7
		4 PREFERIDA	2	8,3	8,3	25,0
		5 PREFERIDA	11	45,8	45,8	70,8
		6 PREFERIDA	5	20,8	20,8	91,7
		7 PREFERIDA	2	8,3	8,3	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
		Total	24	100,0		
SANAS	Válidos	1 PREFERIDA	7	3,8	3,8	3,8
		2 PREFERIDA	18	9,8	9,8	13,7
		3 PREFERIDA	21	11,5	11,5	25,1
		4 PREFERIDA	28	15,3	15,3	40,4
		5 PREFERIDA	44	24,0	24,0	64,5
		6 PREFERIDA	41	22,4	22,4	86,9
		7 PREFERIDA	24	13,1	13,1	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		

TABLA 30

No se aprecian diferencias entre los diagnósticos a la hora de enumerar los temas de información más comunes de las jóvenes, la publicidad está en todas las categorías entre las posiciones 5ª y 6ª en cuanto a preferencias.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

### **Prueba T.DIFERENCIAS ENTRE ENFERMAS Y SANAS.**

Se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos en las variables:

Sexualidad y chicos.

Información sobre productos adelgazantes.

Otras informaciones.

### **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA y DIFERENCIAS ENTRE ANORÉXICAS PURGATIVAS Y BULIMICAS.**

Para estos dos grupos no se aprecian diferencias significativas.

### **Prueba T. DIFERENCIAS DE ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA.**

En este caso se aprecian diferencias en la variable "otras Informaciones"

### **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias en las variables:

Información sobre sexualidad y chicos

Información de productos adelgazantes exclusivamente

### **Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS.**

Para estos dos grupos se aprecian diferencias significativas en las variables:

Información sobre productos adelgazantes exclusivamente.

Otras informaciones

### **Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE BULIMICAS Y SANAS.**

Para estos grupos se aprecian diferencias significativas en:

Información de productos adelgazantes exclusivamente.

Otras informaciones.

Los temas donde la preferencia entre enfermas anoréxicas purgativas y bulímicas y sanas ha sido significativa, son aquellos relacionados con los productos adelgazantes, por otra parte entre las anoréxicas restrictivas y sanas se encontraban diferencias significativas de preferencia en temas como la sexualidad y chicos y los productos adelgazantes, la publicidad en sí no interesaba a ninguna categoría.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## FRECUENCIAS PREGUNTA 5. ¿QUÉ PIENSAS DE LA PUBLICIDAD?

**PRESENTA A GENTE ESTUPENDA  
CON CUERPO DIEZ PORQUE LA  
SOCIEDAD LO EXIGE QUE NOS**

**INFORMA DE LOS PRODUCTOS Y  
LAS MODAS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	33	33,0	33,0	33,0
MUY ACUERDO	33	33,0	33,0	66,0
BASTANTE ACUERDO	15	15,0	15,0	81,0
INDIFERENTE	12	12,0	12,0	93,0
BASTANTE DESACUERDO	7	7,0	7,0	100,0
MUY DESACUERDO	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	13	33,3	33,3	33,3
MUY ACUERDO	13	33,3	33,3	66,7
BASTANTE ACUERDO	3	7,7	7,7	74,4
INDIFERENTE	5	12,8	12,8	87,2
BASTANTE DESACUERDO	4	10,3	10,3	97,4
MUY DESACUERDO	1	2,6	2,6	100,0
N.C.	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	10	41,7	41,7	41,7
MUY ACUERDO	7	29,2	29,2	70,8
BASTANTE ACUERDO	2	8,3	8,3	79,2
INDIFERENTE	2	8,3	8,3	87,5
BASTANTE DESACUERDO	3	12,5	12,5	100,0
MUY DESACUERDO	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	53	29,0	29,0	29,0
MUY ACUERDO	76	41,5	41,5	70,5
BASTANTE ACUERDO	30	16,4	16,4	86,9
INDIFERENTE	14	7,7	7,7	94,5
BASTANTE DESACUERDO	10	5,5	5,5	100,0
MUY DESACUERDO	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 31

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	37	37,0	37,0	37,0
MUY ACUERDO	41	41,0	41,0	78,0
BASTANTE ACUERDO	15	15,0	15,0	93,0
INDIFERENTE	5	5,0	5,0	98,0
BASTANTE DESACUERDO	1	1,0	1,0	99,0
MUY DESACUERDO	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	18	46,2	46,2	46,2
MUY ACUERDO	16	41,0	41,0	87,2
BASTANTE ACUERDO	4	10,3	10,3	97,4
INDIFERENTE	1	2,6	2,6	100,0
BASTANTE DESACUERDO	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	14	58,3	58,3	58,3
MUY ACUERDO	8	33,3	33,3	91,7
BASTANTE ACUERDO	1	4,2	4,2	95,8
INDIFERENTE	1	4,2	4,2	100,0
MUY DESACUERDO	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	48	26,2	26,2	26,2
MUY ACUERDO	94	51,4	51,4	77,6
BASTANTE ACUERDO	25	13,7	13,7	91,3
INDIFERENTE	14	7,7	7,7	98,9
BASTANTE DESACUERDO	1	,5	,5	99,5
MUY DESACUERDO	1	,5	,5	100,0
7,00	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 32

Las enfermas coinciden en pensar que la publicidad presenta modelos estupendos porque la sociedad lo exige, las sanas están bastante de acuerdo con esto igualmente. Todas las categorías piensan que la publicidad es informativa.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
VI.3 EL CUESTIONARIO  
VI.4 LA MUESTRA  
VI.5 OBJETIVOS  
VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**DEBERÍAN PROHIBIR O  
RESTRINGIR LOS ANUNCIOS DE  
TIPO LIGHT**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA Váli RESTRICTIV/ dos	MUY DE ACUERDO	18	18,0	18,0
	BASTANTE ACUERDO	18	18,0	36,0
	INDIFERENTE	34	34,0	70,0
	BASTANTE DESACUERDO	19	19,0	89,0
	MUY DESACUERDO	11	11,0	100,0
Total		100	100,0	100,0
ANOREXIA Váli PURGATIVA dos	MUY DE ACUERDO	7	17,9	17,9
	BASTANTE ACUERDO	7	17,9	35,9
	INDIFERENTE	11	28,2	64,1
	BASTANTE DESACUERDO	8	20,5	84,6
	MUY DESACUERDO	5	12,8	97,4
	N.C.	1	2,6	100,0
Total		39	100,0	100,0
BULIMIA Váli PURGATIVA \ dos NO PURGATIVA	MUY DE ACUERDO	3	12,5	12,5
	BASTANTE ACUERDO	3	12,5	25,0
	INDIFERENTE	8	33,3	58,3
	BASTANTE DESACUERDO	5	20,8	79,2
	MUY DESACUERDO	5	20,8	100,0
Total		24	100,0	100,0
SANAS Váli dos	MUY DE ACUERDO	15	8,2	8,2
	BASTANTE ACUERDO	13	7,1	15,3
	INDIFERENTE	97	53,0	68,3
	BASTANTE DESACUERDO	34	18,6	86,9
	MUY DESACUERDO	24	13,1	100,0
Total		183	100,0	100,0

TABLA 33

**HAY MUCHA PUBLICIDAD QUE  
INTERRUMPE LOS PROGRAMAS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA Váli RESTRICTIV/ dos	MUY ACUERDO	56	56,0	56,0
	BASTANTE ACUERDO	23	23,0	79,0
	INDIFERENTE	17	17,0	96,0
	BASTANTE DESACUERDO	1	1,0	97,0
	MUY DESACUERDO	2	2,0	99,0
	N.C.	1	1,0	100,0
Total		100	100,0	100,0
ANOREXIA Váli PURGATIVA dos	MUY ACUERDO	18	46,2	46,2
	BASTANTE ACUERDO	13	33,3	79,5
	INDIFERENTE	4	10,3	89,7
	BASTANTE DESACUERDO	1	2,6	92,3
	MUY DESACUERDO	2	5,1	97,4
	N.C.	1	2,6	100,0
Total		39	100,0	100,0
BULIMIA Váli PURGATIVA \ dos NO PURGATIVA	MUY ACUERDO	15	62,5	62,5
	BASTANTE ACUERDO	7	29,2	91,7
	INDIFERENTE	2	8,3	100,0
Total		24	100,0	100,0
SANAS Váli dos	MUY ACUERDO	121	66,1	66,1
	BASTANTE ACUERDO	39	21,3	87,4
	INDIFERENTE	13	7,1	94,5
	BASTANTE DESACUERDO	6	3,3	97,8
	MUY DESACUERDO	4	2,2	100,0
Total		183	100,0	100,0

TABLA 34

A las categorías les resulta indiferente que se supriman los anuncios de productos light, ya que no perciben la publicidad como amenaza, todas las categorías piensan que la publicidad interrumpe los programas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## LAS MODELOS PUBLICITARIAS SON ESTUPENDAS

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MUY ACUERDO	32	32,0	32,0	32,0
		BASTANTE ACUERDO	28	28,0	28,0	60,0
		INDIFERENTES	14	14,0	14,0	74,0
		BASTANTE DESACUERDO	14	14,0	14,0	88,0
		MUY DESACUERDO	11	11,0	11,0	99,0
		N.C.	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MUY ACUERDO	13	33,3	33,3	33,3
		BASTANTE ACUERDO	10	25,6	25,6	59,0
		INDIFERENTES	3	7,7	7,7	66,7
		BASTANTE DESACUERDO	9	23,1	23,1	89,7
		MUY DESACUERDO	4	10,3	10,3	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
		BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MUY ACUERDO	9	37,5
BASTANTE ACUERDO	5			20,8	20,8	58,3
INDIFERENTES	2			8,3	8,3	66,7
BASTANTE DESACUERDO	7			29,2	29,2	95,8
MUY DESACUERDO	1			4,2	4,2	100,0
Total	24			100,0	100,0	
Total	24			100,0		
SANAS	Válidos			MUY ACUERDO	58	31,7
		BASTANTE ACUERDO	55	30,1	30,1	61,7
		INDIFERENTES	31	16,9	16,9	78,7
		BASTANTE DESACUERDO	29	15,8	15,8	94,5
		MUY DESACUERDO	10	5,5	5,5	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		

TABLA 35

## QUE ES INOFENSIVA Y A VECES BONITA Y DIVERTIDA

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulad
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MUY ACUERDO	9	9,0	9,0	9,0
		BASTANTE ACUERDO	13	13,0	13,0	22,0
		INDIFERENTE	19	19,0	19,0	41,0
		BASTANTE DESACUERDO	36	36,0	36,0	77,0
		MUY DESACUERDO	22	22,0	22,0	99,0
		N.C.	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MUY ACUERDO	2	5,1	5,1	5,1
		BASTANTE ACUERDO	4	10,3	10,3	15,4
		INDIFERENTE	9	23,1	23,1	38,5
		BASTANTE DESACUERDO	15	38,5	38,5	76,9
		MUY DESACUERDO	9	23,1	23,1	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
		BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MUY ACUERDO	1	4,2
BASTANTE ACUERDO	2			8,3	8,3	12,5
INDIFERENTE	4			16,7	16,7	29,2
BASTANTE DESACUERDO	10			41,7	41,7	70,8
MUY DESACUERDO	7			29,2	29,2	100,0
Total	24			100,0	100,0	
Total	24			100,0		
SANAS	Válidos			MUY ACUERDO	9	4,9
		BASTANTE ACUERDO	28	15,3	15,3	20,2
		INDIFERENTE	42	23,0	23,0	43,2
		BASTANTE DESACUERDO	72	39,3	39,3	82,5
		MUY DESACUERDO	32	17,5	17,5	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		

TABLA 36

Todas las categorías opinan que las modelos publicitarias son estupendas y están bastante en desacuerdo con la opinión que dice que la publicidad es inofensiva. Perciben negativamente a la publicidad pero igual en las sanas que en las enfermas.

## Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE SANAS Y ENFERMAS

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias en las variables:

La publicidad nos informa de los productos y las modas.

Deberían prohibir o restringir los anuncios de tipo light.

## Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA. ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA. ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA

Entre estos grupos tampoco se aprecian diferencias significativas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

Hay diferencia en: "deberían prohibir o restringir los anuncios de tipo light".

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS.**

En este caso se aprecian diferencias en las siguientes variables.

La publicidad nos informa de los productos y las modas.

Hay mucha publicidad que interrumpe los programas.

**Prueba T. DIFERENCIAS BULIMICAS Y SANAS**

Se aprecian diferencias en : "nos informa sobre los productos y las modas"

**FRECUENCIAS PREGUNTA 6. ¿QUÉ PIENSAS DE LA MODA?**

**LA MODA TE ESCLAVIZA Y  
CAMBIAS DE ASPECTO  
FACILMENTE**

**TE INTERESA IR COMO VA LA GENTE  
DE TU EDAD**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	18	18,0	18,0	18,0
MUY IDENTIFICAD.	29	29,0	29,0	47,0
BASTANTE IDENTIFICAD.	31	31,0	31,0	78,0
ALGO IDENTIFICAD.	22	22,0	22,0	100,0
NADA IDENTIFICAD.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	8	20,5	20,5	20,5
MUY IDENTIFICAD.	9	23,1	23,1	43,6
BASTANTE IDENTIFICAD.	13	33,3	33,3	76,9
ALGO IDENTIFICAD.	9	23,1	23,1	100,0
NADA IDENTIFICAD.	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	5	20,8	20,8	20,8
MUY IDENTIFICAD.	6	25,0	25,0	45,8
BASTANTE IDENTIFICAD.	11	45,8	45,8	91,7
ALGO IDENTIFICAD.	1	4,2	4,2	95,8
NADA IDENTIFICAD.	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	8	4,4	4,4	4,4
MUY IDENTIFICAD.	20	10,9	10,9	15,3
BASTANTE IDENTIFICAD.	78	42,6	42,6	57,9
ALGO IDENTIFICAD.	76	41,5	41,5	99,5
NADA IDENTIFICAD.	1	,5	,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 37

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	26	26,0	26,0	26,0
MUY IDENTIFICAD.	30	30,0	30,0	56,0
BASTANTE IDENTIFICAD.	30	30,0	30,0	86,0
ALGO IDENTIFICAD.	13	13,0	13,0	99,0
NADA IDENTIFICAD.	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	7	17,9	17,9	17,9
MUY IDENTIFICAD.	12	30,8	30,8	48,7
BASTANTE IDENTIFICAD.	9	23,1	23,1	71,8
ALGO IDENTIFICAD.	10	25,6	25,6	97,4
NADA IDENTIFICAD.	1	2,6	2,6	100,0
N.C.	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	7	29,2	29,2	29,2
MUY IDENTIFICAD.	7	29,2	29,2	58,3
BASTANTE IDENTIFICAD.	6	25,0	25,0	83,3
ALGO IDENTIFICAD.	4	16,7	16,7	100,0
NADA IDENTIFICAD.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	23	12,6	12,6	12,6
MUY IDENTIFICAD.	54	29,5	29,5	42,1
BASTANTE IDENTIFICAD.	67	36,6	36,6	78,7
ALGO IDENTIFICAD.	39	21,3	21,3	100,0
NADA IDENTIFICAD.	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 38



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Las AR son las que se sienten más presionadas por la moda, las demás enfermas se sienten algo o bastante identificadas con la presión que ejerce la moda, las sanas son las menos influidas por la moda. A las sanas les interesa menos ir como la gente de su edad, las anoréxicas restrictivas son las que más se identifican con el deseo de ir como la gente de su edad y el resto de las categorías se sienten algo o bastante identificadas con sus semejantes.

**TE GUSTARÍA SER MODELO Y TE GUSTA LA MODA****QUE ES DIVERTIDA Y NO ME OBSESIONA NADA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	25	25,0	25,0	25,0
MUY IDENTIFICAD.	21	21,0	21,0	46,0
BASTANTE IDENTIFICAD.	26	26,0	26,0	72,0
ALGO IDENTIFICAD.	27	27,0	27,0	99,0
NADA IDENTIFICAD.	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	13	33,3	33,3	33,3
MUY IDENTIFICAD.	6	15,4	15,4	48,7
BASTANTE IDENTIFICAD.	10	25,6	25,6	74,4
ALGO IDENTIFICAD.	9	23,1	23,1	97,4
NADA IDENTIFICAD.	1	2,6	2,6	100,0
N.C.	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	7	29,2	29,2	29,2
MUY IDENTIFICAD.	6	25,0	25,0	54,2
BASTANTE IDENTIFICAD.	3	12,5	12,5	66,7
ALGO IDENTIFICAD.	7	29,2	29,2	95,8
NADA IDENTIFICAD.	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	24	13,1	13,1	13,1
MUY IDENTIFICAD.	26	14,2	14,2	27,3
BASTANTE IDENTIFICAD.	55	30,1	30,1	57,4
ALGO IDENTIFICAD.	77	42,1	42,1	99,5
NADA IDENTIFICAD.	1	,5	,5	100,0
N.C.	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

**TABLA 39**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	12	12,0	12,0	12,0
MUY IDENTIFICAD.	25	25,0	25,0	37,0
BASTANTE IDENTIFICAD.	32	32,0	32,0	69,0
ALGO IDENTIFICAD.	29	29,0	29,0	98,0
NADA IDENTIFICAD.	2	2,0	2,0	100,0
N.C.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	5	12,8	12,8	12,8
MUY IDENTIFICAD.	9	23,1	23,1	35,9
BASTANTE IDENTIFICAD.	13	33,3	33,3	69,2
ALGO IDENTIFICAD.	11	28,2	28,2	97,4
NADA IDENTIFICAD.	1	2,6	2,6	100,0
N.C.	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	3	12,5	12,5	12,5
MUY IDENTIFICAD.	4	16,7	16,7	29,2
BASTANTE IDENTIFICAD.	9	37,5	37,5	66,7
ALGO IDENTIFICAD.	7	29,2	29,2	95,8
NADA IDENTIFICAD.	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	49	26,8	26,8	26,8
MUY IDENTIFICAD.	56	30,6	30,6	57,4
BASTANTE IDENTIFICAD.	56	30,6	30,6	88,0
ALGO IDENTIFICAD.	22	12,0	12,0	100,0
NADA IDENTIFICAD.	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

**TABLA 40**

Las más identificadas son las AP y B las AR están distribuidas casi por igual desde sentirse muy identificadas hasta nada identificadas, y las diferencias más claras se ven con las sanas que no quieren parecerse a las modelos. En general las categorías opinan que solo se sienten algo identificadas con la opinión que dice que "la moda es divertida y no les obsesiona nada".

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**TE GUSTAN LAS MODELOS PERO SON DEMASIADO FLACAS**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MUY IDENTIFICADA	41	41,0	41,0	41,0
		BASTANTE IDENTIFICADA	22	22,0	22,0	63,0
		ALGO IDENTIFICADA	17	17,0	17,0	80,0
		NADA IDENTIFICADA	18	18,0	18,0	98,0
		N.C.	2	2,0	2,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MUY IDENTIFICADA	14	35,9	35,9	35,9
		BASTANTE IDENTIFICADA	7	17,9	17,9	53,8
		ALGO IDENTIFICADA	7	17,9	17,9	71,8
		NADA IDENTIFICADA	10	25,6	25,6	97,4
		N.C.	1	2,6	2,6	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MUY IDENTIFICADA	10	41,7	41,7	41,7
		BASTANTE IDENTIFICADA	3	12,5	12,5	54,2
		ALGO IDENTIFICADA	4	16,7	16,7	70,8
		NADA IDENTIFICADA	6	25,0	25,0	95,8
		N.C.	1	4,2	4,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
		Total	24	100,0		
SANAS	Válidos	MUY IDENTIFICADA	87	47,5	47,5	47,5
		BASTANTE IDENTIFICADA	37	20,2	20,2	67,8
		ALGO IDENTIFICADA	35	19,1	19,1	86,9
		NADA IDENTIFICADA	24	13,1	13,1	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		

**TABLA 41**

Todas se identifican con, "me gustan las modelos pero son muy flacas".

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE SANAS Y ENFERMAS.**

Entre estos grupos hay diferencias significativas en **todas** las variables.

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA. ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA. ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA.**

Entre estos grupos no se aprecian diferencias significativas.

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias significativas en:

La moda te esclaviza.

Te interesa ir como va la gente de tu edad.

Te gustaría ser modelo.

La moda te resulta divertida pero no te obsesiona.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS

En este caso se aprecian diferencias significativas en las variables:

La moda te esclaviza.

Te gustaría ser modelo.

La moda te resulta divertida.

Me gusta la moda pero las modelos son demasiado flacas.

## Prueba T. DIFERENCIAS BULIMICAS Y SANAS

Para estos dos grupos se aprecian diferencias en las siguientes variables:

La moda te esclaviza.

La moda te resulta divertida pero no te obsesiona.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 7. ¿CÓMO ES TU FAMILIA Y CÓMO SE CONPORTAN CONTIGO?

**COMENTAN SIEMPRE TU ASPECTO Y PESO, TE COMPARAN Y SE METEN CONTIGO**

**ESTÁN MUY PREOCUPADOS POR LA IMAGEN EXTERIOR Y EL PESO.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA				
MUCHÍSIMO	10	10,0	10,0	10,0
BASTANTE	15	15,0	15,0	25,0
ALGO	24	24,0	24,0	49,0
NADA	50	50,0	50,0	99,0
N.C.	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA				
MUCHÍSIMO	2	5,1	5,1	5,1
BASTANTE	3	7,7	7,7	12,8
ALGO	15	38,5	38,5	51,3
NADA	19	48,7	48,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA				
MUCHÍSIMO	4	16,7	16,7	16,7
BASTANTE	3	12,5	12,5	29,2
ALGO	5	20,8	20,8	50,0
NADA	12	50,0	50,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS				
MUCHÍSIMO	11	6,0	6,0	6,0
BASTANTE	19	10,4	10,4	16,4
ALGO	51	27,9	27,9	44,3
NADA	101	55,2	55,2	99,5
N.C.	1	,5	,5	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 42

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA				
MUCHÍSIMO	13	13,0	13,0	13,0
BASTANTE	13	13,0	13,0	26,0
ALGO	20	20,0	20,0	46,0
NADA	53	53,0	53,0	99,0
N.C.	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA				
MUCHÍSIMO	1	2,6	2,6	2,6
BASTANTE	7	17,9	17,9	20,5
ALGO	12	30,8	30,8	51,3
NADA	19	48,7	48,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA				
MUCHÍSIMO	5	20,8	20,8	20,8
BASTANTE	3	12,5	12,5	33,3
ALGO	9	37,5	37,5	70,8
NADA	7	29,2	29,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS				
MUCHÍSIMO	7	3,8	3,8	3,8
BASTANTE	11	6,0	6,0	9,8
ALGO	61	33,3	33,3	43,2
NADA	104	56,8	56,8	100,0
Total	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 43

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Las familias de todas las categorías no se meten con el aspecto físico de sus hijas y tampoco se preocupan por la imagen excepto en las bulímicas que en su

familia se preocupan algo por la imagen. Posiblemente porque estas vienen de familias con antecedentes de sobrepeso que han estado sometidos a régimen alguna vez.

**SON MUY EXIGENTES Y PROTECTORES**

**SE METEN CON TU FORMA DE VESTIR, TUS AMIGOS Y SIENTES QUE INVADEN TU VIDA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOS DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA/ Válidc MUCHIS RESTRICT	BASTAN	17	17,0	17,0	17,0
	ALGO	43	43,0	43,0	60,0
	NADA	27	27,0	27,0	87,0
	N.C.	12	12,0	12,0	99,0
	Total	1	1,0	1,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA/ Válidc MUCHIS PURGATIV	BASTAN	6	15,4	15,4	15,4
	ALGO	11	28,2	28,2	43,6
	NADA	15	38,5	38,5	82,1
	N.C.	7	17,9	17,9	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
Total		39	100,0		
BULIMIA Válidc MUCHIS PURGATIV NO PURGATIV	BASTAN	10	41,7	41,7	41,7
	ALGO	7	29,2	29,2	70,8
	NADA	7	29,2	29,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS Válidc MUCHIS	BASTAN	35	19,1	19,1	19,1
	ALGO	53	29,0	29,0	48,1
	NADA	69	37,7	37,7	85,8
	N.C.	26	14,2	14,2	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
Total		183	100,0		

TABLA 44

Tabla de frecuencia

DIAGNOS DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
ANOREXIA/ Válidc MUCHIS RESTRICT	BASTAN	4	4,0	4,0	4,0
	ALGO	12	12,0	12,0	16,0
	NADA	28	28,0	28,0	44,0
	N.C.	55	55,0	55,0	99,0
	Total	1	1,0	1,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	
ANOREXIA/ Válidc MUCHIS PURGATIV	BASTAN	3	7,7	7,7	7,7
	ALGO	4	10,3	10,3	17,9
	NADA	10	25,6	25,6	43,6
	N.C.	22	56,4	56,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
Total		39	100,0		
BULIMIA Válidc MUCHIS PURGATIV NO PURGATIV	BASTAN	7	29,2	29,2	29,2
	ALGO	6	25,0	25,0	54,2
	NADA	7	29,2	29,2	83,3
	N.C.	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
Total		24	100,0		
SANAS Válidc MUCHIS	BASTAN	13	7,1	7,1	7,1
	ALGO	19	10,4	10,4	17,5
	NADA	55	30,1	30,1	47,5
	N.C.	96	52,5	52,5	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
Total		183	100,0		

TABLA 45

Las familias más preocupadas y protectoras son las de las AR, las demás son solamente algo protectoras, sin diferencia notable con las sanas. A la hora de apreciar si la familia invade la vida de las jóvenes son las B las que más se sienten acosadas, sin diferencias notables entre el resto de enfermas y las sanas que no se sienten nada influenciadas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**TUS PADRES TIENEN PROBLEMAS, NO SE LLEVAN BIEN Y TE HACEN SUFRIR**

Tabla de frecuencia

DIAGNOST DE LA		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje cumulado
ANOREXIA RESTRICT	Válido MUCHIS	5	5,0	5,0	5,0
	BASTAN	5	5,0	5,0	10,0
	ALGO	16	16,0	16,0	26,0
	NADA	73	73,0	73,0	99,0
	N.C.	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	
Total		100	100,0		
ANOREXIA PURGATIV	Válido MUCHIS	2	5,1	5,1	5,1
	BASTAN	4	10,3	10,3	15,4
	ALGO	8	20,5	20,5	35,9
	NADA	25	64,1	64,1	100,0
	Total	39	100,0	100,0	
	Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIV NO PURGATIV	Válido MUCHIS	4	16,7	16,7	16,7
	BASTAN	1	4,2	4,2	20,8
	ALGO	4	16,7	16,7	37,5
	NADA	15	62,5	62,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	
	Total	24	100,0		
SANAS	Válido MUCHIS	10	5,5	5,5	5,5
	BASTAN	10	5,5	5,5	10,9
	ALGO	18	9,8	9,8	20,8
	NADA	145	79,2	79,2	100,0
	Total	183	100,0	100,0	
	Total	183	100,0		

**TABLA 46**

Ninguna categoría afirmó que sus familias discuten y les hace sufrir.

**Prueba T. DIFERENCIAS ENFERMAS Y SANAS.**

Existen diferencias en: "Están preocupados por la imagen exterior y peso".

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA.**

En estos dos grupos no se aprecian diferencias en ninguna de las variables.

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA.**

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias en las variables:

Son muy exigentes y protectores.

Se mete con tu forma de vestir, tus amigos...

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Se aprecia diferencia: "están preocupados por la imagen exterior y peso"

## Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias significativas en las variables:

Están muy preocupados por la imagen exterior y por el peso.

Son muy exigentes y protectores conmigo.

Se meten con tu forma de vestir, tus amigos y sientes que invaden tu vida.

## Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS.

Entre estos dos grupos no se aprecia ninguna diferencia significativa.

## Prueba T. DIFERENCIAS BULIMICAS Y SANAS

En este caso se aprecian diferencias significativas en las variables:

En tu familia están muy preocupados por la imagen exterior.

En tu familia son muy exigentes y protectores contigo.

Tu familia se mete con tu forma de vestir, tus amigos.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 8. ¿EN QUÉ ASPECTOS CREES QUE TUS AMIGOS INFLUYEN MÁS SOBRE TÍ?

### ANOREXIA RESTRICTIVA

#### Estadísticos

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
EN LA FORMA DE VESTIR Y LLEVAR ROPA DE MODA	100	0	2,7600	3,00
FORMA DE COMPORTARSE CON AMIGOS, FAMILIA	100	0	2,9300	3,00
EN LA FORMA Y TEMAS DE CONVERSACIÓN	100	0	2,4600	2,00
MANERA DE ALIMENTARSE, DIETAS, BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES	100	0	3,8000	5,00
ENVIDIAS A ALGUNO DE ELLOS POR SU ÉXITO Y SU ASPECTO FÍSICO	100	0	3,3800	4,00

TABLA 47

### ANOREXIA PURGATIVA

#### Estadísticos

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
EN LA FORMA DE VESTIR Y LLEVAR ROPA DE MODA	39	0	2,7692	1,00 <sup>a</sup>
FORMA DE COMPORTARSE CON AMIGOS, FAMILIA	39	0	3,1026	2,00
EN LA FORMA Y TEMAS DE CONVERSACIÓN	39	0	2,7179	1,00
MANERA DE ALIMENTARSE, DIETAS, BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES	39	0	3,7179	5,00
ENVIDIAS A ALGUNO DE ELLOS POR SU ÉXITO Y SU ASPECTO FÍSICO	39	0	2,6410	2,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

TABLA 48

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Para las AR los amigos les influyen en temas de conversación y menos en la manera de alimentarse, las AP están influidas por sus amigos en la forma de vestir y temas de conversación menos en los consejos de belleza.

**BULIMIA****Estadísticos**

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
EN LA FORMA DE VESTIR Y LLEVAR ROPA DE MODA	183	0	2,7322	3,00
FORMA DE COMPORTARSE CON AMIGOS, L FAMILIA	183	0	2,3989	2,00
EN LA FORMA Y TEMAS DE CONVERSACIÓN	183	0	1,8634	1,00
MANERA DE ALIMENTARSE, DIETAS, BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES	183	0	4,0109	4,00
ENVIDIAS A ALGUNO DE ELLOS POR SU ÉXITO Y SU ASPECTO FÍSICO	183	0	4,0164	5,00

**TABLA 49****SANAS****Estadísticos**

	N		Media	Moda
	Válidos	Perdidos		
EN LA FORMA DE VESTIR Y LLEVAR ROPA DE MODA	24	0	3,0417	2,00 <sup>a</sup>
FORMA DE COMPORTARSE CON AMIGOS, L FAMILIA	24	0	3,0000	4,00
EN LA FORMA Y TEMAS DE CONVERSACIÓN	24	0	2,5417	1,00
MANERA DE ALIMENTARSE, DIETAS, BELLEZA, PRODUCTOS ADELGAZANTES	24	0	3,5833	5,00
ENVIDIAS A ALGUNO DE ELLOS POR SU ÉXITO Y SU ASPECTO FÍSICO	24	0	2,8333	2,00 <sup>a</sup>

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

**TABLA 50**

La B y sanas coinciden en la primera opción en que sus amigos les influyen en temas de conversación, las B se sienten muy influidas en la forma de comportarse y están menos influidas por la envidia que sienten hacia alguno de ellos, las sanas se identifican con esta opción en mayor medida y por los temas de moda y del vestir, menos influidas están por los hábitos de alimentación de los amigos.

**Prueba T. DIFERENCIAS ENFERMAS Y SANAS.**

Entre estos dos grandes grupos se aprecian diferencias significativas en:

En la forma de comportarse con amigos, familia...

En la forma y temas de conversación.

En la manera de alimentarse, dietas...

Porque envidias a alguno de ellos por su éxito y aspecto físico.

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA.**

Se aprecian diferencias en la variable "porque envidias a alguno de ellos..."

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA.**

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

Entre estos dos grupos no se aprecian diferencias significativas.

### **Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

Entre estos dos grupos existen diferencias significativas en las variables:

Forma de comportarse con amigos, familia...  
 Forma y temas de conversación.  
 Porque envidias a alguno de ellos por su éxito y aspecto físico.

### **Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA.**

No se aprecian diferencias significativas en ninguna de las variables.

### **Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS.**

En este caso existen diferencias significativas en las variables:

Forma de comportarse con amigos...  
 Forma y temas de conversación.  
 Porque envidias a alguno de ellos...

### **Prueba T.DIFERENCIAS BULIMICAS Y SANAS**

Las diferencias se producen en las mismas variables que el caso anterior.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## FRECUENCIAS PREGUNTA 9. ¿QUÉ ASPECTOS TE INFLUYEN PARA SENTIRTE REALMENTE A GUSTO?

**PARA SENTIRME PLENAMENTE BIEN DEBO TENER MÁS CONFIANZA EN MÍ SIN OBSESIONARME POR ALGUNA PARTE DE MI CUERPO**

**ESTARIA BIEN SI NO TUVIERA INFORMACIÓN DE DIETAS Y DE BELLEZA A MI ALCANCE**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	69	69,0	69,0	69,0
MUY IMPORTANTE	17	17,0	17,0	86,0
BASTANTE IMPORTANTE	5	5,0	5,0	91,0
INDIFERENTE	4	4,0	4,0	95,0
ALGO IMPORTANTE	4	4,0	4,0	99,0
NADA IMPORTANTE	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	30	76,9	76,9	76,9
MUY IMPORTANTE	8	20,5	20,5	97,4
BASTANTE IMPORTANTE	1	2,6	2,6	100,0
INDIFERENTE	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA y NO PURGATIVA	18	75,0	75,0	75,0
MUY IMPORTANTE	1	4,2	4,2	79,2
BASTANTE IMPORTANTE	3	12,5	12,5	91,7
ALGO IMPORTANTE	1	4,2	4,2	95,8
NADA IMPORTANTE	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	121	66,1	66,1	66,1
MUY IMPORTANTE	36	19,7	19,7	85,8
BASTANTE IMPORTANTE	11	6,0	6,0	91,8
INDIFERENTE	11	6,0	6,0	97,8
ALGO IMPORTANTE	4	2,2	2,2	100,0
NADA IMPORTANTE	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 51

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	15	15,0	15,0	15,0
MUY IMPORTANTE	26	26,0	26,0	41,0
BASTANTE IMPORTANTE	29	29,0	29,0	70,0
INDIFERENTE	10	10,0	10,0	80,0
ALGO IMPORTANTE	19	19,0	19,0	99,0
NADA IMPORTANTE	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	2	5,1	5,1	5,1
MUY IMPORTANTE	13	33,3	33,3	38,5
BASTANTE IMPORTANTE	10	25,6	25,6	64,1
INDIFERENTE	6	15,4	15,4	79,5
ALGO IMPORTANTE	8	20,5	20,5	100,0
NADA IMPORTANTE	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA y NO PURGATIVA	2	8,3	8,3	8,3
MUY IMPORTANTE	5	20,8	20,8	29,2
BASTANTE IMPORTANTE	8	33,3	33,3	62,5
INDIFERENTE	4	16,7	16,7	79,2
ALGO IMPORTANTE	4	16,7	16,7	95,8
NADA IMPORTANTE	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0		
SANAS	5	2,7	2,7	2,7
MUY IMPORTANTE	20	10,9	10,9	13,7
BASTANTE IMPORTANTE	81	44,3	44,3	57,9
INDIFERENTE	20	10,9	10,9	68,9
ALGO IMPORTANTE	56	30,6	30,6	99,5
NADA IMPORTANTE	1	,5	,5	100,0
333,00	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0		

TABLA 52

En lo que se refiere a sentirse bien aprendiendo a aceptarse, las enfermas y sanas consideran la importancia de este aspecto en cuanto a la información de dietas como acicate para sentirse disconforme con uno mismo, tenemos que las AR creen que estarían mejor si desapareciera, en grado bastante alto pero inferior a las AP, las B se inclinan más a la indiferencia y las sanas se sienten indiferentes en mayoría.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**PARA ESTAR MEJOR BEBO TENER AMIGOS Y SER QUERIDA Y ACEPTADA.**

**ESTARIA MEJOR SI LAS MODELOS NO FUERAN EL PATRÓN DE PERFECCIÓN Y LA ROPA NO FUERA SOLO PARA DELGADAS.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	MUY IMPORTANTE	69	69,0	69,0
	BASTANTE IMPORTANTE	19	19,0	88,0
	INDIFERENTE	2	2,0	90,0
	ALGO IMPORTANTE	6	6,0	96,0
	NADA IMPORTANTE	2	2,0	98,0
	N.C.	2	2,0	100,0
Total	Total	100	100,0	100,0
ANOREXIA PURGATIVA	MUY IMPORTANTE	27	69,2	69,2
	BASTANTE IMPORTANTE	8	20,5	89,7
	INDIFERENTE	1	2,6	92,3
	ALGO IMPORTANTE	2	5,1	97,4
	NADA IMPORTANTE	1	2,6	100,0
Total	Total	39	100,0	100,0
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	MUY IMPORTANTE	15	62,5	62,5
	BASTANTE IMPORTANTE	6	25,0	87,5
	ALGO IMPORTANTE	2	8,3	95,8
	N.C.	1	4,2	100,0
Total	Total	24	100,0	100,0
SANAS	MUY IMPORTANTE	110	60,1	60,1
	BASTANTE IMPORTANTE	42	23,0	83,1
	INDIFERENTE	14	7,7	90,7
	ALGO IMPORTANTE	9	4,9	95,6
	NADA IMPORTANTE	8	4,4	100,0
Total	Total	183	100,0	100,0

TABLA 53

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	MUY IMPORTANTE	30	30,0	30,0
	BASTANTE IMPORTANTE	28	28,0	58,0
	INDIFERENTE	19	19,0	77,0
	ALGO IMPORTANTE	11	11,0	88,0
	NADA IMPORTANTE	11	11,0	99,0
	N.C.	1	1,0	100,0
Total	Total	100	100,0	100,0
ANOREXIA PURGATIVA	MUY IMPORTANTE	14	35,9	35,9
	BASTANTE IMPORTANTE	10	25,6	61,5
	INDIFERENTE	8	20,5	82,1
	ALGO IMPORTANTE	1	2,6	84,6
	NADA IMPORTANTE	6	15,4	100,0
Total	Total	39	100,0	100,0
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	MUY IMPORTANTE	9	37,5	37,5
	BASTANTE IMPORTANTE	3	12,5	50,0
	INDIFERENTE	3	12,5	62,5
	ALGO IMPORTANTE	6	25,0	87,5
	NADA IMPORTANTE	2	8,3	95,8
	N.C.	1	4,2	100,0
Total	Total	24	100,0	100,0
SANAS	MUY IMPORTANTE	36	19,7	19,7
	BASTANTE IMPORTANTE	40	21,9	41,5
	INDIFERENTE	53	29,0	70,5
	ALGO IMPORTANTE	15	8,2	78,7
	NADA IMPORTANTE	39	21,3	100,0
Total	Total	183	100,0	100,0

TABLA 54

En lo que a ser querida y aceptada se refiere todas las categorías se sienten identificadas con esta necesidad mucho más para las AR y AP, en cuanto a la moda como patrón de perfección a seguir, las más identificadas con esta variable son las B también las AP, la AR en menor medida y las sanas se sienten indiferentes ante esta variable.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**ESTARIA BIEN SI CONTROLARA UN PESO ESTABLE CON ALIMENTACIÓN NORMAL COMO CUALQUIER CHICA**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	70	70,0	70,0	70,0
MUY IMPORTANTE	19	19,0	19,0	89,0
BASTANTE IMPORTANTE	5	5,0	5,0	94,0
INDIFERENTE	5	5,0	5,0	99,0
ALGO IMPORTANTE	1	1,0	1,0	100,0
NADA IMPORTANTE				
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	26	66,7	66,7	66,7
MUY IMPORTANTE	10	25,6	25,6	92,3
BASTANTE IMPORTANTE	1	2,6	2,6	94,9
INDIFERENTE	1	2,6	2,6	97,4
ALGO IMPORTANTE	1	2,6	2,6	100,0
NADA IMPORTANTE				
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	17	70,8	70,8	70,8
MUY IMPORTANTE	4	16,7	16,7	87,5
BASTANTE IMPORTANTE	2	8,3	8,3	95,8
INDIFERENTE	1	4,2	4,2	100,0
ALGO IMPORTANTE				
NADA IMPORTANTE				
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	36	19,7	19,7	19,7
MUY IMPORTANTE	59	32,2	32,2	51,9
BASTANTE IMPORTANTE	38	20,8	20,8	72,7
INDIFERENTE	24	13,1	13,1	85,8
ALGO IMPORTANTE	26	14,2	14,2	100,0
NADA IMPORTANTE				
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 55

**ESTARIA MEJOR SI VIERA QUE NO ANUNCIAN PRODUCTOS LIGHT, DE BELLEZA.**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	10	10,0	10,0	10,0
MUY IMPORTANTE	24	24,0	24,0	34,0
BASTANTE IMPORTANTE	38	38,0	38,0	72,0
INDIFERENTE	7	7,0	7,0	79,0
ALGO IMPORTANTE	20	20,0	20,0	99,0
NADA IMPORTANTE	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	3	7,7	7,7	7,7
MUY IMPORTANTE	5	12,8	12,8	20,5
BASTANTE IMPORTANTE	20	51,3	51,3	71,8
INDIFERENTE	5	12,8	12,8	84,6
ALGO IMPORTANTE	6	15,4	15,4	100,0
NADA IMPORTANTE				
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	6	25,0	25,0	25,0
MUY IMPORTANTE	5	20,8	20,8	45,8
BASTANTE IMPORTANTE	6	25,0	25,0	70,8
INDIFERENTE	1	4,2	4,2	75,0
ALGO IMPORTANTE	5	20,8	20,8	95,8
NADA IMPORTANTE	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	3	1,6	1,6	1,6
MUY IMPORTANTE	11	6,0	6,0	7,7
BASTANTE IMPORTANTE	94	51,4	51,4	59,0
INDIFERENTE	19	10,4	10,4	69,4
ALGO IMPORTANTE	56	30,6	30,6	100,0
NADA IMPORTANTE				
Total	183	100,0	100,0	

TABLA 56

En cuanto a la posibilidad de mantener un peso estable las más identificadas son las AR y B las menos las AP y a las sanas les resulta indiferente.

En lo que respecta a la desaparición de anuncios adelgazantes las más sugestionadas las B y las AR menos, las AP y sanas tienden más a la indiferencia.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**ESTARIA MEJOR SI VIVIERA EN UN MEJOR AMBIENTE FAMILIAR**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	48	48,0	48,0	48,0
MUY IMPORTANTE	29	29,0	29,0	77,0
BASTANTE IMPORTANTE	13	13,0	13,0	90,0
INDIFERENTE	3	3,0	3,0	93,0
ALGO IMPORTANTE	6	6,0	6,0	99,0
NADA IMPORTANTE	1	1,0	1,0	100,0
N.C.	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	16	41,0	41,0	41,0
MUY IMPORTANTE	10	25,6	25,6	66,7
BASTANTE IMPORTANTE	6	15,4	15,4	82,1
INDIFERENTE	2	5,1	5,1	87,2
ALGO IMPORTANTE	5	12,8	12,8	100,0
NADA IMPORTANTE	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	16	66,7	66,7	66,7
MUY IMPORTANTE	4	16,7	16,7	83,3
BASTANTE IMPORTANTE	2	8,3	8,3	91,7
INDIFERENTE	1	4,2	4,2	95,8
ALGO IMPORTANTE	1	4,2	4,2	100,0
NADA IMPORTANTE	24	100,0	100,0	
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	78	42,6	42,6	42,6
MUY IMPORTANTE	55	30,1	30,1	72,7
BASTANTE IMPORTANTE	18	9,8	9,8	82,5
INDIFERENTE	18	9,8	9,8	92,3
ALGO IMPORTANTE	14	7,7	7,7	100,0
NADA IMPORTANTE	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 57****ESTARIA MEJOR SI ME QUISIERA A UN CHICO AL QUE LE GUSTE COMO SOY**

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTIC DE LA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	18	18,0	18,0	18,0
MUY IMPORTANTE	21	21,0	21,0	39,0
BASTANTE IMPORTANTE	10	10,0	10,0	49,0
INDIFERENTE	15	15,0	15,0	64,0
ALGO IMPORTANTE	31	31,0	31,0	95,0
NADA IMPORTANTE	5	5,0	5,0	100,0
N.C.	100	100,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0	
ANOREXIA PURGATIVA	9	23,1	23,1	23,1
MUY IMPORTANTE	5	12,8	12,8	35,9
BASTANTE IMPORTANTE	9	23,1	23,1	59,0
INDIFERENTE	3	7,7	7,7	66,7
ALGO IMPORTANTE	13	33,3	33,3	100,0
NADA IMPORTANTE	39	100,0	100,0	
Total	39	100,0	100,0	
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	9	37,5	37,5	37,5
MUY IMPORTANTE	4	16,7	16,7	54,2
BASTANTE IMPORTANTE	2	8,3	8,3	62,5
INDIFERENTE	2	8,3	8,3	70,8
ALGO IMPORTANTE	6	25,0	25,0	95,8
NADA IMPORTANTE	1	4,2	4,2	100,0
N.C.	24	100,0	100,0	
Total	24	100,0	100,0	
SANAS	40	21,9	21,9	21,9
MUY IMPORTANTE	34	18,6	18,6	40,4
BASTANTE IMPORTANTE	30	16,4	16,4	56,8
INDIFERENTE	21	11,5	11,5	68,3
ALGO IMPORTANTE	58	31,7	31,7	100,0
NADA IMPORTANTE	183	100,0	100,0	
Total	183	100,0	100,0	

**TABLA 58**

Las que más consideran la necesidad de vivir en un buen ambiente familiar son las B y las AR las AP también lo creen en alto porcentaje y las menos necesitadas de esta circunstancia las sanas, aunque sin dejar de creer en esta necesidad. En cuanto a la necesidad de tener a un chico que nos quiera como somos las menos necesitadas las AR las más implicadas en esta necesidad las B y las AP y las sanas siguen en porcentaje creyendo también es esta necesidad para sentirse a gusto con uno mismo.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## ESTARIA MEJOR SI LAS MODELOS DE PUBLICIDAD NO FUERAN TAN ESTUPENDAS

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	MUY IMPORTANTE	14	14,0	14,0	14,0
		BASTANTE IMPORTANTE	20	20,0	20,0	34,0
		INDIFERENTE	27	27,0	27,0	61,0
		ALGO IMPORTANTE	16	16,0	16,0	77,0
		NADA IMPORTANTE	22	22,0	22,0	99,0
		N.C.	1	1,0	1,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
		Total	100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	MUY IMPORTANTE	9	23,1	23,1	23,1
		BASTANTE IMPORTANTE	7	17,9	17,9	41,0
		INDIFERENTE	12	30,8	30,8	71,8
		ALGO IMPORTANTE	5	12,8	12,8	84,6
		NADA IMPORTANTE	6	15,4	15,4	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
		Total	39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	MUY IMPORTANTE	8	33,3	33,3	33,3
		BASTANTE IMPORTANTE	4	16,7	16,7	50,0
		INDIFERENTE	7	29,2	29,2	79,2
		ALGO IMPORTANTE	1	4,2	4,2	83,3
		NADA IMPORTANTE	3	12,5	12,5	95,8
		N.C.	1	4,2	4,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
		Total	24	100,0		
SANAS	Válidos	MUY IMPORTANTE	27	14,8	14,8	14,8
		BASTANTE IMPORTANTE	20	10,9	10,9	25,7
		INDIFERENTE	79	43,2	43,2	68,9
		ALGO IMPORTANTE	12	6,6	6,6	75,4
		NADA IMPORTANTE	45	24,6	24,6	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
		Total	183	100,0		

TABLA 59

El que las modelos publicitarias sean estupendas no les afecta a su estado, considerando las B esta variable como muy influyente en su estado.

### Prueba T. DIFERENCIAS SANAS Y ENFERMAS.

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias significativas:

Estaría mejor si las modelos de pasarela dejaran de ser el patrón de perfección.

Si pudiera controlar un peso estable con alimentación normal.

Si viera que no anuncian productos light.

### Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA.

Hay diferencia en "debo tener más confianza en mí, sin obsesionarme..."

### Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA

No se aprecian diferencias significativas en ninguna de las variables:

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS**

Entre estos dos grupos se aprecian diferencias significativas:

Si las modelos de las pasarelas dejaran de ser el patrón de perfección...  
 Si pudiera controlar un peso estable, con alimentación normal...  
 Si viera que no se anuncian productos light, de belleza...

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA.**

Entre estos dos grupos no existen diferencias significativas.

**Prueba T. DIFERENCIAS ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS.**

Entre estos dos grupos existen diferencias en las siguientes variables:

Debo tener más confianza en mí y no obsesionarme por algunas partes de mi cuerpo.  
 Si las modelos de pasarela dejaran de ser el patrón de perfección.  
 Si pudiera controlar un peso estable.  
 Si viera que no anuncian productos light.

**Prueba T. DIFERENCIAS BULIMICAS Y SANAS.**

En este caso solo se producen diferencias significativas en dos variables:

Si pudiera controlar un peso estable.  
 Si viera que no anuncian productos light.

**FRECUENCIAS PREGUNTA 10. ¿A QUÉ TIPOS DE ANUNCIOS PRESTAS MÁS ATENCIÓN DE LA TELEVISION Y DE LA PRENSA?****SIN SEGMENTAR**

Los tipos de anuncios de más interés son los de ropa y moda seguidos de los de higiene personal, colonias, alimentación , productos light y otros.

**SEGMENTADOS POR DIAGNOSTICO**

En anuncios de ropa y moda las categorías enfermas sienten mayor inclinación. Existe una preferencia general en relación a los anuncios de colonia y perfumes. La preferencia por anuncios de higiene personal es alta para todas fundamentalmente para las AR y las sanas. Los anuncios de alimentación en general interesan más a las enfermas que a las sanas, fundamentalmente interesan a las AP, estando equilibradas las AR y las B. Los anuncios light interesan sobre todo a las AP y las B, a las AR en menor medida y a las sanas no les interesa. Los anuncios de coches, telefonía y servicios tienen interés bajo para toda la muestra.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## PRODUCTOS LIGHT

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: MUCHA ATENCIÓN	19	19,0	19,0	19,0
BASTANTE ATENCIÓN	19	19,0	19,0	38,0
INDIFERENTE	27	27,0	27,0	65,0
POCA ATENCIÓN	19	19,0	19,0	84,0
NADA ATENCIÓN	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA RESTRIC

TABLA 60

## PRODUCTOS LIGHT

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: MUCHA ATENCIÓN	11	28,2	28,2	28,2
BASTANTE ATENCIÓN	8	20,5	20,5	48,7
INDIFERENTE	11	28,2	28,2	76,9
POCA ATENCIÓN	4	10,3	10,3	87,2
NADA ATENCIÓN	5	12,8	12,8	100,0
Total	39	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA PURGATIVA

TABLA 61

## PRODUCTOS LIGHT

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: MUCHA ATENCIÓN	7	29,2	29,2	29,2
BASTANTE ATENCIÓN	7	29,2	29,2	58,3
INDIFERENTE	3	12,5	12,5	70,8
POCA ATENCIÓN	4	16,7	16,7	87,5
NADA ATENCIÓN	1	4,2	4,2	91,7
N.C.	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = BULIMIA PURGATIVA Y

TABLA 62

## PRODUCTOS LIGHT

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: MUCHA ATENCIÓN	7	3,8	3,8	3,8
BASTANTE ATENCIÓN	15	8,2	8,2	12,0
INDIFERENTE	65	35,5	35,5	47,5
POCA ATENCIÓN	40	21,9	21,9	69,4
NADA ATENCIÓN	56	30,6	30,6	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 63

**Prueba T. DIFERENCIAS SANAS Y ENFERMAS.**

Diferencias significativas entre las variables:

Ropa y moda  
Alimentación  
Productos light  
Servicios

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y BULIMIA.**

Hay diferencias significativas en la variable "anuncios de servicios y otros..."

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS.**

Hay diferencias significativas en las variables:

Ropa de moda.  
Productos light.  
Servicios.

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA. ANOREXIA RESTRICTIVA Y PURGATIVA**

No hay diferencias significativas en las variables:

**Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y SANAS**

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Hay diferencias significativas en las variables:

Ropa  
 Productos light

## Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE BULIMICAS Y SANAS

Hay diferencias significativas en la variable "Anuncio de productos light..."

## FRECUENCIAS PREGUNTA 11. ¿CÓMO ACTUAS CUANDO VES LOS ANUNCIOS DE PUBLICIDAD?

Estadísticos

		PRESTO TENCION A LOS ANUNCIOS DIRIGIDOS A COMPARO CON LAS MODELOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR MI EDAD, OPA,COM ELEMENTOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR EN FORMA, LIGHT Y BELLEZA	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR ALGUN ANUNCIO DEERO NO M INFLUYE
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdido	0	0	0	0
Media		1,9800	1,4900	2,2400	2,4200
Moda		1,00	1,00	2,00	2,00
Desv. típ.		1,0048	,6590	,9333	,8897

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA REST

TABLA 64

Estadísticos

		PRESTO TENCION A LOS ANUNCIOS DIRIGIDOS A COMPARO CON LAS MODELOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR MI EDAD, OPA,COM ELEMENTOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR EN FORMA, LIGHT Y BELLEZA	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR ALGUN ANUNCIO DEERO NO M INFLUYE
N	Válidos	39	39	39	39
	Perdido	0	0	0	0
Media		2,1282	1,5128	2,1282	2,4872
Moda		1,00	1,00	1,00	2,00
Desv. típ.		1,2178	,6833	1,1281	,8847

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA PUR

TABLA 65

Estadísticos

		PRESTO TENCION A LOS ANUNCIOS DIRIGIDOS A COMPARO CON LAS MODELOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR MI EDAD, OPA,COM ELEMENTOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR EN FORMA, LIGHT Y BELLEZA	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR ALGUN ANUNCIO DEERO NO M INFLUYE
N	Válidos	24	24	24	24
	Perdido	0	0	0	0
Media		1,9167	1,8333	1,9167	2,7083
Moda		1,00	1,00	1,00	2,00
Desv. típ.		1,3486	1,2039	1,1765	1,0826

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = BULIMIA PURG,

TABLA 66

Estadísticos

		PRESTO TENCION A LOS ANUNCIOS DIRIGIDOS A COMPARO CON LAS MODELOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR MI EDAD, OPA,COM ELEMENTOS	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR EN FORMA, LIGHT Y BELLEZA	PRESTO TENCION A LOS PRODUCTOS PARA ESTAR ALGUN ANUNCIO DEERO NO M INFLUYE
N	Válidos	183	183	183	183
	Perdido	0	0	0	0
Media		2,6831	1,5902	2,7705	2,0546
Moda		2,00	1,00	3,00	2,00
Desv. típ.		,9767	,7641	,8844	,8368

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 67

Las que más se comparan con las modelos son las enfermas frente a las sanas que no lo hacen fundamentalmente las B.

Todas se sienten atraídas por la publicidad de los productos dirigidos a su edad fundamentalmente las AP y B con las sanas las menos influidas las AR.

Las orientadas a productos de belleza y adelgazantes son las AP y las B las menos orientadas las sanas y las AR. Fundamentalmente las AP y las B



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

A todas las categorías la publicidad parece llamarles la atención en un nivel medio no muy acusado y todas reconocen que no le influye sobre todo las sanas.

## Prueba T. DIFERENCIAS ENTRE ENFERMAS Y SANAS

Se aprecian diferencias significativas en las variables:

Me comparo con las modelos y veo si son gordas o delgadas.

Presto atención a todos los productos de belleza.

Me llama la atención algún anuncio pero en general no me influye.

## PREGUNTAS DE RECUERDO PUBLICITARIO.

### FRECUENCIAS PREGUNTA 12. ¿RECUERDAS SI TE HA LLAMADO LA ATENCIÓN, EN TV Y REVISTAS, ALGÚN ANUNCIO PUBLICITARIO DE CUALQUIER TIPO?

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	SI	70	70,0	70,0	70,0
		NO	30	30,0	30,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	
	Total		100	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	SI	28	71,8	71,8	71,8
		NO	11	28,2	28,2	100,0
		Total	39	100,0	100,0	
	Total		39	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	SI	17	70,8	70,8	70,8
		NO	7	29,2	29,2	100,0
		Total	24	100,0	100,0	
	Total		24	100,0		
SANAS	Válidos	SI	135	73,8	73,8	73,8
		NO	48	26,2	26,2	100,0
		Total	183	100,0	100,0	
	Total		183	100,0		

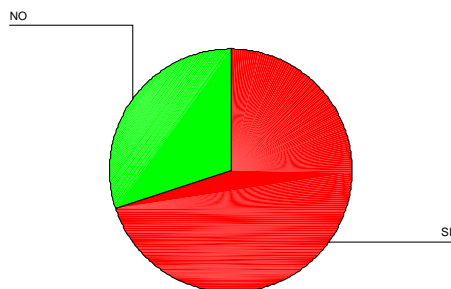
TABLA 68

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

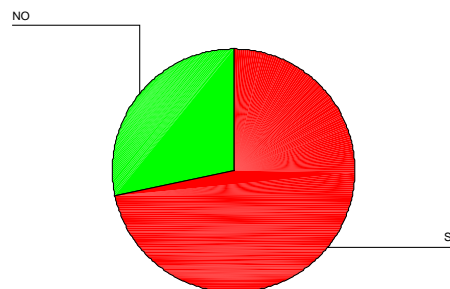
RECUERDO PUBLICITARIO gráfico de sectores

DIAGNOST: 1,00 ANOREXIA RESTRICTIVA



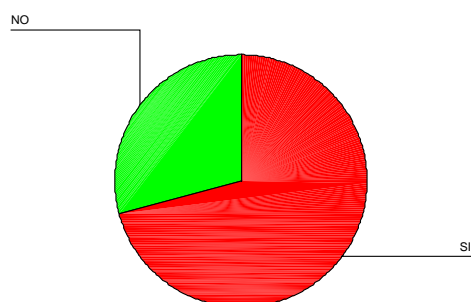
RECUERDO PUBLICITARIO gráfico de sectores

DIAGNOST: 2,00 ANOREXIA PURGATIVA



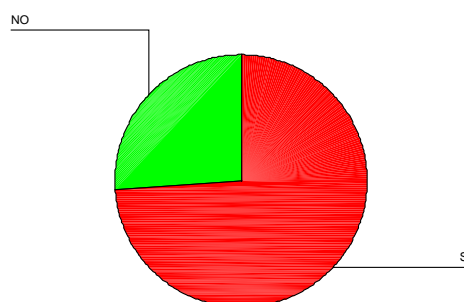
RECUERDO PUBLICITARIO gráfico de sectores

DIAGNOST: 3,00 BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIV



RECUERDO PUBLICITARIO gráfico de sectores

DIAGNOST: 4,00 SANAS



Podemos observar como no existen diferencias entre ellas, todas dicen recordar en mayoría algún tipo de publicidad, por lo cual en este caso no vamos a proceder al contraste de diferencias, por no considerarlo necesario.

Para el resto del análisis hemos tomado solo aquellas mujeres que han recordado algún producto, eliminando las que no recordaban.

### FRECUENCIAS PREGUNTA 13. ¿DE LOS QUE RECUERDES DIME LOS DOS PRODUCTOS QUE MÁS TE HAYAN LLAMADO LA ATENCIÓN?

#### 1º ANUNCIO RECORDADO AGRUPADO POR CATEGORÍAS SIN SEGMENTAR POR DIAGNOSTICOS.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Tabla de frecuencia ANUNCIO PROD.1º

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AGUA	5	2,1	2,1	2,1
	PROD.ADEL	14	5,8	5,8	7,9
	ALIMENTACION	24	9,9	9,9	17,8
	COLONIA, DESOD	29	12,0	12,0	29,8
	BABIDA	15	6,2	6,2	36,0
	INFORMATICA	5	2,1	2,1	38,0
	COCHES	17	7,0	7,0	45,0
	COSMET,CREMAS	11	4,5	4,5	49,6
	HIGIENE	12	5,0	5,0	54,5
	SENSIBILIZACIÓN	8	3,3	3,3	57,9
	TELEFONIA	1	,4	,4	58,3
	REFRESCOS	22	9,1	9,1	67,4
	ROPA,COMPLEMENTOS	26	10,7	10,7	78,1
	PRENSA	5	2,1	2,1	80,2
	VAQUEROS	21	8,7	8,7	88,8
	SEGUROS,SERVICIOS	19	7,9	7,9	96,7
	otras categorias	8	3,3	3,3	100,0
	Total	242	100,0	100,0	
Total		242	100,0		

TABLA 69

**1º ANUNCIO RECORDADO AGRUPADO EN CATEGORÍAS Y SEGMENTADO POR DIAGNOSTICOS.**

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Tabla de frecuencia

DIAGNOSTICO DE LA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANOREXIA RESTRICTIVA	Válidos	AGUA	2	3,0	3,0	3,0
		PROD.ADEL	9	13,6	13,6	16,7
		ALIMENTACION	3	4,5	4,5	21,2
		COLONIA, DESOD	7	10,6	10,6	31,8
		BABIDA	6	9,1	9,1	40,9
		COCHES	1	1,5	1,5	42,4
		COSMET,CREMAS	5	7,6	7,6	50,0
		HIGIENE	3	4,5	4,5	54,5
		REFRESCOS	6	9,1	9,1	63,6
		ROPA,COMPLEMENTOS	5	7,6	7,6	71,2
		PRENSA	3	4,5	4,5	75,8
		VAQUEROS	10	15,2	15,2	90,9
		SEGUROS,SERVICIOS	3	4,5	4,5	95,5
		otras categorias	3	4,5	4,5	100,0
		Total	66	100,0	100,0	
		Total	66	100,0		
ANOREXIA PURGATIVA	Válidos	AGUA	2	6,9	6,9	6,9
		PROD.ADEL	4	13,8	13,8	20,7
		ALIMENTACION	3	10,3	10,3	31,0
		COLONIA, DESOD	3	10,3	10,3	41,4
		BABIDA	2	6,9	6,9	48,3
		COSMET,CREMAS	1	3,4	3,4	51,7
		HIGIENE	2	6,9	6,9	58,6
		REFRESCOS	1	3,4	3,4	62,1
		ROPA,COMPLEMENTOS	4	13,8	13,8	75,9
		PRENSA	1	3,4	3,4	79,3
		VAQUEROS	2	6,9	6,9	86,2
		SEGUROS,SERVICIOS	2	6,9	6,9	93,1
		otras categorias	2	6,9	6,9	100,0
		Total	29	100,0	100,0	
		Total	29	100,0		
BULIMIA PURGATIVA Y NO PURGATIVA	Válidos	PROD.ADEL	1	6,7	6,7	6,7
		ALIMENTACION	2	13,3	13,3	20,0
		COLONIA, DESOD	2	13,3	13,3	33,3
		BABIDA	1	6,7	6,7	40,0
		INFORMATICA	1	6,7	6,7	46,7
		COCHES	2	13,3	13,3	60,0
		HIGIENE	1	6,7	6,7	66,7
		SENSIBILIZACIÓN	1	6,7	6,7	73,3
		REFRESCOS	2	13,3	13,3	86,7
		VAQUEROS	2	13,3	13,3	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
		Total	15	100,0		
SANAS	Válidos	AGUA	1	,8	,8	,8
		ALIMENTACION	16	12,1	12,1	12,9
		COLONIA, DESOD	17	12,9	12,9	25,8
		BABIDA	6	4,5	4,5	30,3
		INFORMATICA	4	3,0	3,0	33,3
		COCHES	14	10,6	10,6	43,9
		COSMET,CREMAS	5	3,8	3,8	47,7
		HIGIENE	6	4,5	4,5	52,3
		SENSIBILIZACIÓN	7	5,3	5,3	57,6
		TELEFONIA	1	,8	,8	58,3
		REFRESCOS	13	9,8	9,8	68,2
		ROPA,COMPLEMENTOS	17	12,9	12,9	81,1
		PRENSA	1	,8	,8	81,8
		VAQUEROS	7	5,3	5,3	87,1
		SEGUROS,SERVICIOS	14	10,6	10,6	97,7
		otras categorias	3	2,3	2,3	100,0
		Total	132	100,0	100,0	
		Total	132	100,0		

TABLA 70

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Aunque existe una gran dispersión en cuanto a las categorías de productos recordadas, lo que reduce la representatividad de los datos, decimos que las AR recuerdan sobre todo las categorías de anuncios de vaqueros, productos adelgazantes y colonias y perfumes. Las AP recuerdan anuncios adelgazantes, de alimentación y ropa y complementos, las B recuerdan anuncios de alimentación, productos adelgazantes, coches, refrescos y vaqueros. Las sanas no recuerdan productos adelgazantes, sí de alimentación, colonias y ropa y complementos. En esta pregunta nos referíamos a recuerdo de publicidad en general, por ello tienen más representatividad los datos de recuerdo publicitario de productos adelgazantes que han contestado.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 14. ¿POR QUÉ RECUERDAS LA PUBLICIDAD SEÑALADA?

### 1º ANUNCIO RECORDADO SIN SEGMENTAR POR DIAGNÓSTICOS.

me gustaría vivir situaciones del anuncio

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	39	11,3	11,3	11,3
bastante	68	19,7	19,7	30,9
poco	55	15,9	15,9	46,8
nada	81	23,4	23,4	70,2
nc.	103	29,8	29,8	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 71

lo he visto muchas veces

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	61	17,6	17,6	17,6
bastante	107	30,9	30,9	48,6
poco	49	14,2	14,2	62,7
nada	25	7,2	7,2	69,9
nc.	104	30,1	30,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 72

me interesa el producto

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	50	14,5	14,5	14,5
bastante	49	14,2	14,2	28,6
poco	88	25,4	25,4	54,0
nada	55	15,9	15,9	69,9
nc.	104	30,1	30,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 73

querría ser como las modelos

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	39	11,3	11,3	11,3
bastante	31	9,0	9,0	20,2
poco	45	13,0	13,0	33,2
nada	127	36,7	36,7	69,9
nc.	104	30,1	30,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 74

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

los modelos masculinos son guapos

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	58	16,8	16,8	16,8
bastante	41	11,8	11,8	28,6
poco	35	10,1	10,1	38,7
nada	108	31,2	31,2	69,9
nc	104	30,1	30,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 75

me llamo la atencion y esta genial

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	102	29,5	29,5	29,5
bastante	74	21,4	21,4	50,9
poco	37	10,7	10,7	61,6
nada	29	8,4	8,4	69,9
nc	104	30,1	30,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 76

Podemos observar como si analizamos la muestra los por qué más comunes son la repetición y la valoración general del anuncio, no las razones que relacionan recuerdo con figuras femeninas, ni en gran medida tampoco con el producto.

**1º ANUNCIO RECORDADO SEGMENTADOS POR DIAGNÓSTICOS.**

"ME GUSTARÍA VIVIR SITUACIONES COMO EN EL ANUNCIO", " LO HE VISTO MUCHAS VECES POR ESO LO RECUERDO", "ME INTERESA MUCHO EL PRODUCTO, POR ESO LO RECUERDO", "LO RECUERDO PORQUE ME LLAMÓ LA ATENCIÓN EN CONJUNTO"y en "RECUERDO PORQUE SALEN MODELOS MASCULINOS MUY GUAPOS".

En estas variables no existen diferencias significativas entre sanas y enfermas. Tampoco existen diferencias entre ninguno de los grupos tomados uno a uno.

**LAS MODELOS SON ESTUPENDAS Y POR ESO LO RECUERDO.**

querria ser como las modelos

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	18	18,0	18,0	18,0
bastante	10	10,0	10,0	28,0
poco	16	16,0	16,0	44,0
nada	24	24,0	24,0	68,0
nc	32	32,0	32,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA

TABLA 77

querria ser como las modelos

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	6	15,4	15,4	15,4
bastante	6	15,4	15,4	30,8
poco	4	10,3	10,3	41,0
nada	12	30,8	30,8	71,8
nc	11	28,2	28,2	100,0
Total	39	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA

TABLA 78

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

querría ser como las modelos

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	7	29,2	29,2	29,2
bastante	3	12,5	12,5	41,7
poco	1	4,2	4,2	45,8
nada	4	16,7	16,7	62,5
nc	9	37,5	37,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

a-DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = BULIMIA y PURGATIVA

TABLA 79

querría ser como las modelos

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	8	4,4	4,4	4,4
bastante	12	6,6	6,6	10,9
poco	24	13,1	13,1	24,0
nada	87	47,5	47,5	71,6
nc	52	28,4	28,4	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a-DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 80

En esta variable se aprecian diferencias entre sanas y enfermas. Por enfermedades no se aprecian entre ellas, sí entre cada una y las sanas. Las B dicen recordar los anuncios por el impacto que les causa la aparición de modelos estupendas.

## 2º ANUNCIO RECORDADO AGRUPADO POR CATEGORÍAS SIN SEGMENTAR POR DIAGNOSTICOS.

me gustaría vivir situaciones del anuncio

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	36	10,4	10,4	10,4
bastante	39	11,3	11,3	21,7
poco	41	11,8	11,8	33,5
nada	68	19,7	19,7	53,2
nc.	162	46,8	46,8	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 81

lo he visto muchas veces

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	42	12,1	12,1	12,1
bastante	77	22,3	22,3	34,4
poco	42	12,1	12,1	46,5
nada	24	6,9	6,9	53,5
nc	161	46,5	46,5	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 82

me interesa el producto

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	34	9,8	9,8	9,8
bastante	39	11,3	11,3	21,1
poco	61	17,6	17,6	38,7
nada	50	14,5	14,5	53,2
nc	162	46,8	46,8	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 83

querría ser como las modelos

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	21	6,1	6,1	6,1
bastante	16	4,6	4,6	10,7
poco	35	10,1	10,1	20,8
nada	111	32,1	32,1	52,9
nc	163	47,1	47,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 84

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**los modelos masculinos son guapos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido mucho	50	14,5	14,5	14,5
bastante	24	6,9	6,9	21,4
poco	24	6,9	6,9	28,3
nada	86	24,9	24,9	53,2
nc	162	46,8	46,8	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 85****me llamo la atencion y esta genial**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido mucho	85	24,6	24,6	24,6
bastante	48	13,9	13,9	38,4
poco	32	9,2	9,2	47,7
nada	20	5,8	5,8	53,5
nc	161	46,5	46,5	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 86**

En el segundo anuncio recordado observamos que los por qué más aceptados son la repetición y la valoración general del anuncio, como en el caso anterior, y no las razones que relacionan el recuerdo con las figuras femeninas ni con el producto.

**2º ANUNCIO RECORDADO SEGMENTADOS POR DIAGNÓSTICOS.**

**"ME GUSTARÍA VIVIR SITUACIONES COMO EN EL ANUNCIO", " LO HE VISTO MUCHAS VECES POR ESO LO RECUERDO", "ME INTERESA MUCHO EL PRODUCTO, POR ESO LO RECUERDO", "LO RECUERDO PORQUE ME LLAMÓ LA ATENCIÓN EN CONJUNTO" y en "RECUERDO PORQUE SALEN MODELOS MASCULINOS MUY GUAPOS".**

En estas variables no existen diferencias significativas entre sanas y enfermas en general. Tampoco existen diferencias significativas por grupos.

**LAS MODELOS SON ESTUPENDAS Y POR ESO LO RECUERDO.****querría ser como las modelos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	13	13,0	13,0	13,0
bastante	7	7,0	7,0	20,0
poco	14	14,0	14,0	34,0
nada	20	20,0	20,0	54,0
nc	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA RE

**TABLA 87****querría ser como las modelos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	1	2,6	2,6	2,6
bastante	3	7,7	7,7	10,3
poco	2	5,1	5,1	15,4
nada	11	28,2	28,2	43,6
nc	22	56,4	56,4	100,0
Total	39	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA PU

**TABLA 88**



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

querría ser como las modelos

	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	5	20,8	20,8	20,8
bastante	2	8,3	8,3	29,2
nada	5	20,8	20,8	50,0
nc	12	50,0	50,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

a. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD = BULIMIA PURGATIVA

TABLA 89

querría ser como las modelos

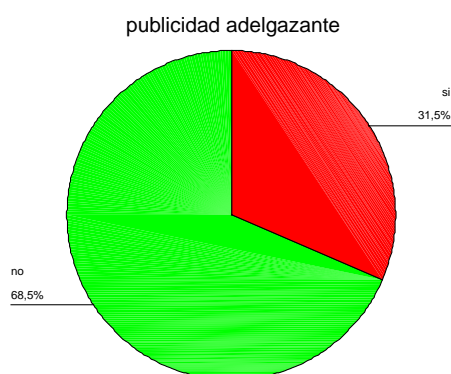
	frecuencia	porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido: mucho	2	1,1	1,1	1,1
bastante	4	2,2	2,2	3,3
poco	19	10,4	10,4	13,7
nada	75	41,0	41,0	54,6
nc	83	45,4	45,4	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 90

Las que más desean ser como las modelos son las B y las AP, las menos identificadas son las AR y las sanas con diferencia.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 15. ¿RECUERDAS ANUNCIOS DE PUBLICIDAD DE PRODUCTOS ADELGAZANTE O DE BELLEZA?



La muestra no recuerda publicidad adelgazante o de productos de belleza exclusivamente, tampoco se aprecian diferencias significativas por diagnósticos.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 16. ¿DI LOS QUE RECUERDAS MEJOR PORQUE HAN LLAMADO TU ATENCIÓN?

### 1º ANUNCIO ADELGAZANTE O BELLEZA QUE RECUERDES

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

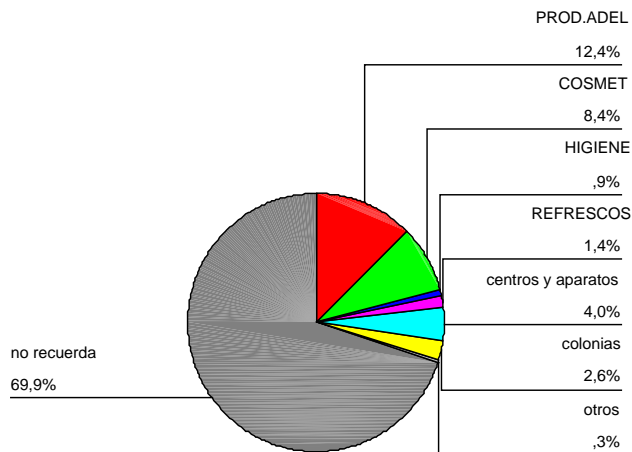
VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## ANUNCIO PROD.1º



## marca,producto1º

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	biomaman	1	,3	,3	,3
	colacao	1	,3	,3	,6
	kellog's	3	,9	,9	1,4
	silvet 40	4	1,2	1,2	2,6
	l'oreal	5	1,4	1,4	4,0
	lipograsil	2	,6	,6	4,6
	cocacola	2	,6	,6	5,2
	corporacion dermoestetica	3	,9	,9	6,1
	marg.astor	2	,6	,6	6,6
	bourjois	1	,3	,3	6,9
	chanel	2	,6	,6	7,5
	lina bocardi	2	,6	,6	8,1
	mxfactor	1	,3	,3	8,4
	pupa	1	,3	,3	8,7
	nestle	1	,3	,3	9,0
	teletienda	8	2,3	2,3	11,3
	allbran	1	,3	,3	11,6
	fructis	1	,3	,3	11,8
	herbalessence	2	,6	,6	12,4
	pantene	2	,6	,6	13,0
	anaís	1	,3	,3	13,3
	otros	24	6,9	6,9	20,2
	no recuerda	276	79,8	79,8	100,0
	Total	346	100,0	100,0	

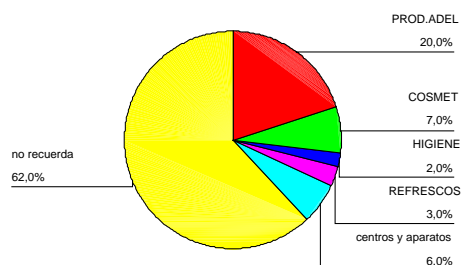
TABLA 91

CAPITULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
 VI.2 I PARTE: **FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS. CONCLUSIONES

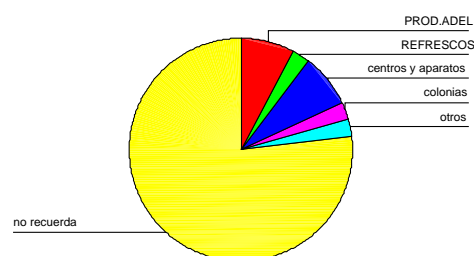
ANUNCIO PROD.1º

DIAGNOST: 1,00 ANOREXIA RESTRICTIVA



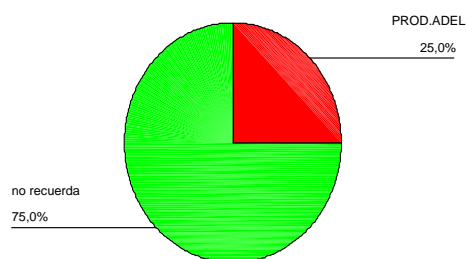
ANUNCIO PROD.1º

DIAGNOST: 2,00 ANOREXIA PURGATIVA



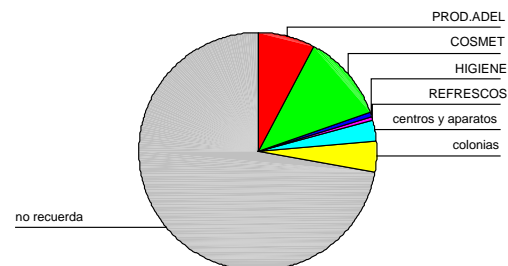
ANUNCIO PROD.1º

DIAGNOST: 3,00 BULIMIA PURGATIVA Y NO PURI



ANUNCIO PROD.1º

DIAGNOST: 4,00 SANAS



2º PRODUCTO DE BELLEZA O ADELGAZANTE QUE RECUERDAN

ANUNCIO PROD.1º

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PROD.ADEL	19	5,5	5,5	5,5
	COSMET	16	4,6	4,6	10,1
	HIGIENE	8	2,3	2,3	12,4
	REFRESCOS	2	,6	,6	13,0
	centros y aparatos	10	2,9	2,9	15,9
	colonias	10	2,9	2,9	18,8
	otros	2	,6	,6	19,4
	no recuerda	279	80,6	80,6	100,0
	Total	346	100,0	100,0	

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**  
**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

TABLA 92

marca,producto1º

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	biomaman	4	1,2	1,2	1,2
	colacao	5	1,4	1,4	2,6
	kellog's	2	,6	,6	3,2
	silvet 40	1	,3	,3	3,5
	l'oreal	5	1,4	1,4	4,9
	lipograsil	19	5,5	5,5	10,4
	cocacola	6	1,7	1,7	12,1
	corporacion dermoestetica	4	1,2	1,2	13,3
	marg.astor	4	1,2	1,2	14,5
	bourjois	3	,9	,9	15,3
	chanel	2	,6	,6	15,9
	mxfactor	1	,3	,3	16,2
	pupa	1	,3	,3	16,5
	nestle	4	1,2	1,2	17,6
	vichy	1	,3	,3	17,9
	teletienda	7	2,0	2,0	19,9
	alibran	3	,9	,9	20,8
	fructis	2	,6	,6	21,4
	herbalessence	2	,6	,6	22,0
	anais	1	,3	,3	22,3
	otros	30	8,7	8,7	30,9
	no recuerda	239	69,1	69,1	100,0
	Total	346	100,0	100,0	

TABLA 93

Las tendencias de recuerdo en publicidad adelgazante son poco definidas, las categorías enfermas dicen recordarlos más que las sanas pero en porcentajes bajos, las marcas no se repiten con unanimidad excepto Lipograsil, recordada por B y sanas.

## FRECUENCIAS PREGUNTA 17. ¿POR QUÉ RECUERDAS LA PUBLICIDAD SEÑALADA?

### 1º ANUNCIO RECORDADO DE PRODUCTOS ADELGAZANTES SIN SEGMENTAR

me gustaria vivir situaciones del anuncio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	13	3,8	3,8	3,8
bastante	16	4,6	4,6	8,4
poco	25	7,2	7,2	15,6
nada	47	13,6	13,6	29,2
nc.	245	70,8	70,8	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 94

lo he visto muchas veces

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	18	5,2	5,2	5,2
bastante	44	12,7	12,7	17,9
poco	29	8,4	8,4	26,3
nada	9	2,6	2,6	28,9
nc	246	71,1	71,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

TABLA 95

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

**me interesa el producto**

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	30	8,7	8,7	8,7
bastante	29	8,4	8,4	17,1
poco	17	4,9	4,9	22,0
nada	24	6,9	6,9	28,9
nc	246	71,1	71,1	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 96****querria ser como las modelos**

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	19	5,5	5,5	5,5
bastante	16	4,6	4,6	10,1
poco	30	8,7	8,7	18,8
nada	34	9,8	9,8	28,6
nc	247	71,4	71,4	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 97****los modelos masculinos son guapos**

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	7	2,0	2,0	2,0
bastante	11	3,2	3,2	5,2
poco	14	4,0	4,0	9,2
nada	67	19,4	19,4	28,6
nc	247	71,4	71,4	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 98****me llamo la atencion y esta genial**

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mucho	20	5,8	5,8	5,8
bastante	19	5,5	5,5	11,3
poco	30	8,7	8,7	19,9
nada	30	8,7	8,7	28,6
nc	247	71,4	71,4	100,0
Total	346	100,0	100,0	

**TABLA 99**

Podemos observar al analizar la muestra que los por qué más comunes son la repetición y el interés por el producto sin olvidar que se trata de productos adelgazantes/belleza.

**1º ANUNCIO RECORDADO SEGMENTADOS POR DIAGNÓSTICOS.**

No existen diferencias en ninguna variable entre AP y sanas y B y sanas ni entre los grupos de diagnósticos.

**"LO RECUERDO PORQUE ME LLAMÓ LA ATENCIÓN EN CONJUNTO"**

**"LO HE VISTO MUCHAS VECES POR ESO LO RECUERDO"**

Estas variables no presentan diferencias significativas.

**ME GUSTARÍA VIVIR SITUACIONES COMO EN EL ANUNCIO"**

**"LO RECUERDO PORQUE ME INTERESA MUCHO EL PRODUCTO"**

**"RECUERDO PORQUE SALEN MODELOS MASCULINOS MUY GUAPOS"**

**"LAS MODELOS SON ESTUPENDAS Y POR ESO LO RECUERDO".**

En estas variables existen diferencias significativas entre sanas y AR

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO  
 VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA  
 VI.3 EL CUESTIONARIO  
 VI.4 LA MUESTRA  
 VI.5 OBJETIVOS  
 VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO  
**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**  
 VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

## me gustaría vivir situaciones del anuncio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	8	8,0	8,0	8,0
bastante	6	6,0	6,0	14,0
poco	11	11,0	11,0	25,0
nada	11	11,0	11,0	36,0
nc.	64	64,0	64,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOR

TABLA 100

## me interesa el producto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	11	11,0	11,0	11,0
bastante	12	12,0	12,0	23,0
poco	7	7,0	7,0	30,0
nada	5	5,0	5,0	35,0
nc	65	65,0	65,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOR

TABLA 102

## querría ser como las modelos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	11	11,0	11,0	11,0
bastante	6	6,0	6,0	17,0
poco	9	9,0	9,0	26,0
nada	8	8,0	8,0	34,0
nc	66	66,0	66,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA

TABLA 104

## los modelos masculinos son guapos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	3	3,0	3,0	3,0
bastante	6	6,0	6,0	9,0
poco	5	5,0	5,0	14,0
nada	20	20,0	20,0	34,0
nc	66	66,0	66,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = ANOREXIA RE

TABLA 106

## me gustaría vivir situaciones del anuncio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	1	,5	,5	,5
bastante	7	3,8	3,8	4,4
poco	11	6,0	6,0	10,4
nada	31	16,9	16,9	27,3
nc.	133	72,7	72,7	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 101

## me interesa el producto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	11	6,0	6,0	6,0
bastante	16	8,7	8,7	14,8
poco	6	3,3	3,3	18,0
nada	17	9,3	9,3	27,3
nc	133	72,7	72,7	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 103

## querría ser como las modelos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: bastante	9	4,9	4,9	4,9
poco	19	10,4	10,4	15,3
nada	22	12,0	12,0	27,3
nc	133	72,7	72,7	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 105

## los modelos masculinos son guapos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos: mucho	2	1,1	1,1	1,1
bastante	4	2,2	2,2	3,3
poco	5	2,7	2,7	6,0
nada	39	21,3	21,3	27,3
nc	133	72,7	72,7	100,0
Total	183	100,0	100,0	

a. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD = SANAS

TABLA 107

## SEGUNDO ANUNCIO RECORDADO SIN SEGMENTAR

En las razones de recuerdo de este segundo anuncio de publicidad adelgazante y de belleza no existen diferencias notables respecto del primero recordado dándose diferencias significativas entre las enfermas y sanas en las variables:

CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**

**VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

**VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.**

VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS. CONCLUSIONES

Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio

Me interesa el producto

Querría ser como las modelos

Los modelos masculinos son guapos

**ENTRE ANOREXIA RESTRICTIVA Y SANAS SE PRODUCEN DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES:**

Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio

Me interesa el producto

Querría ser como las modelos

Los modelos masculinos son guapos

**ENTRE BULÍMICAS Y SANAS EN LAS VARIABLES:**

Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio

Querría ser como las modelos de la publicidad

**ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y RESTRICTIVA Y BULIMIA,** no se producen diferencias significativas

**ENTRE ANOREXIA PURGATIVA Y RESTRICTIVA Y SANAS** no existen diferencias significativas entre las variables.

## VI.8 RESPUESTA A LAS HIPÓTESIS Y CONCLUSIONES

### VI.8.1 Respuesta a las hipótesis.

**1 Hipótesis. La delgadez se identifica con valoraciones físicas y relacionadas con aspiraciones sociales de aceptación y éxito personal.**

Consideramos valoraciones físicas conceptos como estar en forma y estar sana. Las enfermas identificaron casi al 50 % las figuras más en forma con las representaciones de la mujer delgada y normal, sin embargo identifican a la que está más sana con la figura normal al 68%. A medida que son mayores y crecen sus IMC se inclinan por la figura "delgada" para definir a la mujer en forma.

Por estudios, ( $p < 0,05$ ), la más sana es la "normal" muy cercana a la "delgada" para las estudiantes de ESO, la orientación a la mujer delgada se hace cada vez mayor para las universitarias. La más sana y más en forma para las AR es la "normal", tendentes a la "delgada". En las AP estar en forma es ser más delgado que para las B. La mayor diferencia entre mujer sana y en forma es para las AP, las chicas sanas opinan que las más en forma son las "normales" en todos los casos.

En esta variable se rechaza la hipótesis nula de no diferencia entre las sanas y enfermas, o sea que existen diferencias significativas entre ellas a la hora de percibir el aspecto exterior de la mujer en forma, más delgado para las enfermas que para las sanas y más acentuada la delgadez para las AP y en pacientes mayores. En la percepción de la salud las enfermas y sanas no encuentran diferencias al definir a la mujer sana como una mujer de aspecto normal.

Podemos concluir que la valoración de estar en forma en las enfermas no coincide con la valoración de estar sano, o sea que si estas en forma no estás sano, sin



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPOTESIS y  
CONCLUSIONES**

embargo para las chicas no enfermas de la muestra coinciden las dos valoraciones, el que está en forma está igualmente sano y al contrario. Las enfermas por tanto prefieren estar en forma antes que sanas no por el hecho de estar en forma sino por estar más delgadas.

Consideraciones personales y sociales son la capacidad de autoexigencia que parece más propio de personas voluntariosas y triunfadoras, la capacidad de relación y aceptación social y el éxito con el otro sexo.

Las que identifican más la exigencia con hiperdelgadez son las pequeñas y medianas. Las más exigentes son las enfermas aunque todas piensan que las mas delgadas se exigen más. Existen diferencias significativas en esta variable entre enfermas y sanas.

No tienen dudas al opinar que las personas más triunfadoras son "delgadas" los porcentajes siempre superiores para la delgada van aumentando con la edad hacia la normal y disminuyendo en la percepción de "triunfadora=delgada". No existen diferencias entre enfermas y sanas, aunque las menores idealizan el triunfo con la delgadez más que las mayores, no dependiendo del diagnóstico.

La que tiene más amigos para la AR Y AP es la modelo "normal" aunque seguida de cerca por la modelo "delgada", sin embargo las B piensan que la "delgada" indiscutiblemente tiene más amigos, las sanas piensan que la "normal" es la más capacitada, también a medida que aumentan en edad, la mujer de aspecto "normal" va ganando terreno.

Si se trata de gustar a chicos la AR dice que la más exitosa es la "delgada" seguida de la "normal", mayor tendencia a categorías delgadas para AP y B. Se aprecia como a medida que aumenta la edad, piensan más que las delgadas tienen más éxito.

No existen diferencias entre diagnósticos pero es curioso como la amistad exige unas características físicas menos exigentes que la atracción hacia el otro sexo. Las mayores piensan que tiene más amigo la mujer normal y que gusta más a los chicos la mujer delgada, las dos percepciones coinciden en las B que consideran el físico

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

delgado igualmente adecuado para tener amigos y para ligar, las otras enfermas se mantienen en límites más sutiles entre las delgadas y normales igualmente las sanas.

**2 Hipótesis. Las enfermas presentan distorsión de su imagen presente pero no de su imagen pasada ni de la imagen de otras personas.**

En cuanto a como eran de pequeñas sí presentan distorsión frente a las sanas, las pequeñas en mayoría tienen la percepción de ser más "delgadas" de pequeñas que las medianas y las mayores que se sentían "rellenitas" o "normales". Las AP y las B se perciben de niñas como "rellenitas", las sanas en mayoría se identifican con las "delgadas" en su niñez, las AR se identifican por igual con las "delgadas", "normales" y "rellenitas"

En realidad existen diferencias significativas entre enfermas y sanas porque las enfermas se veían más rellenitas de niñas que las sanas, he ahí un detonante de adelgazamiento manifiesto y una insatisfacción, a medida que crecían también se veían más gorditas en la infancia, sobre todo las purgativas y bulímicas. Sí existe distorsión respecto a la infancia porque las más jóvenes que están más cerca de ese periodo de sus vidas se ven más delgadas de pequeña que las mayores, más lejos de esta etapa de la vida y cabe pensar que las mayores no han sido todas gorditas de pequeñas, de ahí la diferencia de percepción.

Existe distorsión de la imagen actual sobre todo para las AR, que se ven todas normales o rellenitas, siendo las mayores las más tendentes a la normalidad. Las que se perciben más gruesas en la actualidad son las B. A mayor IMC en la adolescencia más sensación de haber engordado mucho, a medida nuevamente que el IMC ideal se estabiliza, vuelven a tener la sensación de ser más "delgadas" otra vez. Existen diferencias significativas entre como se ven las B y las AR y las B y las S, tenemos que aclarar que las AR y las S se ven normales mayoritariamente, estando las AR más por debajo de su peso ideal que las S, la moda para las primeras está en el índice 18,9 siendo por edad para la mayoría de la muestra el ideal 21, las sanas están en 20, la percepción de las sanas coincide con la realidad pero las enfermas restrictivas se ven dos grados por encima de cómo están en realidad.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

En cuanto a la persona a la que les gustaría parecerse, a más edad se orientan hacia las más delgadas, lo mismo pasa con la persona que más admiran. Todas quieren ser delgadas, aunque la más identificada con esta imagen son las AR.

Al identificar una imagen que responda a la estructura física de la persona que más admiran, destacamos a las AR como las que más identifican a la "delgada" con la persona que más admiran y las B cuyo deseo de admiración se inclina a la hiperdelgadez, habiendo diferencias de medias entre sanas que admiran a personas normales y enfermas.

La diferencia entre la persona que quisieran ser y la que admiran coincide menos en las B donde les gustaría ser delgadas y admiran a personas mucho más delgadas que como quisieran ser, en las AR es más equilibrada la doble postura. Las sanas también quieren ser más delgadas que la persona que admiran porque entienden la admiración de forma distinta y menos achacable al físico, sin embargo en las enfermas correlaciona admiración y apariencia, sobre todo en las B donde la admiración aumenta cuanto mayor es la delgadez.

Todas las categorías piensan que la gente de su alrededor son "normales", las AR tienden a identificar a la gente como "normal" aunque más bien delgadas, más estables las AP y las B las más heterogéneas. Las sanas se identifican mucho más en la normalidad menos tendente a la delgadez, habiendo diferencias significativas entre sanas y AR en esta variable.

**3 Hipótesis. En cuanto a la estética de las modelos presuponiendo su influencia y su identificación con las chicas, se perciben más "delgadas" las de pasarela que las de publicidad.**

Todas las categorías perciben a las modelos de pasarela "hiperdelgadas" (sobre todo las B) y a las de publicidad "delgadas". No existen diferencias significativas entre sanas y enfermas a la hora de explicar la percepción de las modelos. Se ha interiorizado de igual manera la imagen de las modelos de pasarela como hiperdelgadas y las de publicidad como delgadas, existe acuerdo entre las muestras, lo que hace pensar que no hay distorsión en la percepción y que realmente las modelos de pasarela

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

son generalmente más escuálidas que las publicitarias. Se confirma la hipótesis nula de no diferencia entre las muestras.

#### **4 Hipótesis. Las causas relacionadas con el contexto social son menos influyentes que las causas de índole personal a la hora de adelgazar.**

La decisión de adelgazar es la causa primera detonante de la enfermedad y por tanto hay que investigar la tipología de las causas externas que llevan al adelgazamiento.

En mayoría las chicas enfermas se orientan por una causa de tipo personal como es la admiración (74%) la diferencia en esta pregunta entre sanas y enfermas es grande ya que las enfermas piensan que la mayoría adelgazan por ésto mientras que las sanas creen que sólo bastantes lo hacen.

La segunda razón (66,46%) más opinada, es la necesidad de adelgazar para llevar ropa ajustada (contexto social, moda), vestir tallas pequeñas que marquen las líneas y que responden a la estética actual de la juventud. Cuando la causa es la moda y concretamente ir con ropa ajustada, la mayor parte de las chicas enfermas piensan que bastantes así lo creen, las B son las que piensan en mayor número que ésto es causa de adelgazamiento y las sanas las que también piensan que bastantes adelgazan por ésto.

En estas dos causas una de tipo personal y la otra de tipo social (moda) no se dan diferencias entre las sanas y enfermas que sean significativas para rechazar la hipótesis nula.

En tercer lugar, son las enfermas las que abundan más en causas relacionadas con la moda diciendo que parecerse a las modelos, 64,64%, es causa de adelgazamiento, las sanas creen que solo algunas lo hacen. La percepción más distorsionada es para las enfermas aunque se aprecian diferencias entre AR Y B, son las B y las AP las más orientadas hacia esta idea, las AR no se quieren parecer a las modelos, presentan una fuerte aversión a este mundo y no lo consideran influyente en su adelgazamiento. Esta opinión puede ser matizada por otras preguntas del cuestionario, ya que más que no influencia consiste en la negación de la moda por ser una razón superficial que oculta los verdaderos problemas que llevan a los TCA.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

En cuarto lugar el hecho de ver mucha publicidad de productos light, no es primer detonante del agelgazamiento, con un 58% de la muestra. Las enfermas piensan que bastantes chicas adelgazan porque ven mucha publicidad adelgazante en mayor medida que las sanas que creen que solo algunas lo hacen. En esta variable social existen diferencias significativas en lo opinado por enfermas anoréxicas purgativas y bulímicas con las sanas.

Entre las que creen que se adelgaza para tener amigos y novio(contexto personal) las enfermas opinan en mayoría que adelgazan para tener amigos, el porcentaje más bajo es para las sanas que dicen que sólo algunas lo hacen por esto. En la misma línea solo "algunas" tienen esperanzas de solucionar sus problemas si adelgazan.

Cuando se pregunta por las causas de forma proyectiva la opinión primera es que a parte de la necesidad de aceptación personal, las causas de agelgazamiento se identifican más con factores sociales siendo la diferencia significativa entre enfermos y sanos en las causas relacionadas con publicidad y principalmente con la moda, también muy influyente en la muestra de sanas como causa de agelgazamiento y por tanto podemos considerarla como de mayor peso que la publicidad porque demuestra influencia en todas las chicas, otras causas de tipo personal como los amigos completan la influencia mayor en enfermas que en sanas.

**5 Hipótesis. El consumo de productos light anunciados en TV y prensa entre otros elementos del contexto no es el hábito más frecuente de agelgazamiento en el total de la muestra.**

Los razones más frecuentes para estar en forma no muestran diferencias significativas entre sanas y enfermas en cuanto a aspectos como la moda, información sobre belleza, agelgazamiento, sí se dan diferencias en la percepción del hábito de ingesta de productos de tipo light, esto podría significar que las diferencias son debidas a la sensibilidad mayor de las enfermas a estos productos, y que éstos no demuestran ser influyentes en la población sana y por tanto su ingesta es un hábito no generalizable y su influencia tampoco.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO**VI.2 **I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

Observando los hábitos de tipo sociocultural más comunes para estar en forma vemos que la ingesta de productos light no supera a otras acciones como la lectura de información de belleza y adelgazante, más influyente en las chicas de edad media que en las pequeñas y mayores, las AP son las más ávidas lectoras seguidas de las B y las menos las AR y sanas. A las enfermas purgativas sobre todo les parece que lo que hacen las adolescentes normalmente para estar en forma como siguiente conducta más repetida después de la lectura, es tomar productos light, hay que destacar que las AR y las S han demostrado que su segunda conducta más repetida es la de hacer dieta sin dejar de comer (conducta no patológica), y las AP y B en tercer lugar opinan que la conducta más repetida es hacer dieta pero para parecerse a las modelos, lo que resulta en consonancia con la mayor identificación de estas con la moda.

Las conductas más negativas, como la de dejar de comer totalmente aunque sea para entrar en un talla pequeña y la de vomitar, tomar laxantes... son las menos elegidas, las que piensan que estas conductas están más extendidas son las mayores y las AP y las B, porque se sienten más identificadas, las que menos las AR, que creen que casi ninguna chica lo hace.

Hasta el momento podemos decir que aunque las diferencias son más significativas entre enfermas y sanas en lo que a aspectos del contexto social se refiere como causas de adelgazamiento, las primeras razones detectadas para ambas muestras son las de desear admiración y autoestima y la conducta más seguida para originar adelgazamiento es la de leer informaciones relacionadas con dietas y belleza, en este punto podemos decir que se justifica la investigación elaborada para determinar los contenidos de las revistas más leídas por las adolescentes en el capítulo III.

**6 Hipótesis. A la muestra enferma le interesa más la información de moda, belleza u otras que la de productos adelgazantes exclusivamente y su publicidad.**

Si el hábito más repetido en la conducta adelgazante es la lectura de informaciones de belleza y adelgazamiento, es importante profundizar en esta variable para determinar que si incluimos elementos de comparación en cuanto a los temas más interesantes las preferencias se orientan más por temas no relacionados con la belleza.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

La sexualidad es primera opción para las sanas y se encuentra en 3ª preferencia para enfermas, menos importante para las AR, las "otras informaciones" ocupan el primer lugar para todos los diagnósticos sin embargo no interesan a las sanas y las tendencias de moda y belleza preocupan principalmente a las AP y las B.

No se aprecian diferencias entre los diagnósticos a la hora de enumerar los temas de información más interesantes. Las informaciones adelgazantes, fueron las menos elegidas en 7º preferencia para toda la muestra, excepto para las AP que las eligieron en 4º preferencia, aun así no corresponde la inclinación por esta causa de adelgazamiento en la hipótesis anterior con el interés demostrado por las enfermas hacia informaciones adelgazantes cuando se compara con otras.

Podemos ver que a las sanas les interesan informaciones más relacionadas con los aspectos del contexto personal, y se aprecian diferencias significativas con las enfermas, sobre todo en las variables de Información de sexualidad y de chicos, las sanas están más orientadas a estos temas que las enfermas sobre todo las AR con la que también hay diferencias significativas. Las enfermas se interesan por las informaciones relacionadas con la moda y la estética más afines al contexto social, pero en menor medida se sienten atraídas por los productos adelgazantes aunque tenemos diferencias significativas entre las enfermas y S a las que no le interesan nada.

**7 Hipótesis. A la muestra enferma le interesa más la información que la publicidad general considerando esta en su vertiente informativa, como fuente de conocimiento sobre productos.**

Cuando entendemos la publicidad bien definida como elemento distinto de las informaciones de dietas y de consejos de belleza, y por tanto cuando la diferenciamos convenientemente de la información, nos damos cuenta que además de no encontrar diferencias significativas entre enfermas y sanas en cuanto a interés, la publicidad en sí no interesaba a ninguna categoría y está en todas entre las posiciones 5ª y 6ª en cuanto a preferencias.

Podemos decir que aunque ya hemos visto que las informaciones se analizan como contenidos y constituyen una variable del contexto social de influencia no

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

se puede confundir con publicidad, presentada bajo una forma diferente y que responde a una técnica distinta, de ahí por ejemplo que sea de obligado cumplimiento identificar en las televisiones lo que es información y lo que es publicidad, bajo la forma de publicidad encubierta, considerada indirectamente en el artículo 11 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, en los términos siguientes "Los medios deslindarán (...) afirmaciones efectuadas dentro de su función informativa de las que hagan como simples vehículos de publicidad..."

**8 Hipótesis. "La publicidad presenta gente estupenda con cuerpo "diez" porque la sociedad lo exige así", si la sociedad exigiera mujeres gruesas las modelos serían conforme al deseo social.**

En relación a la opinión sobre la publicidad, entre las enfermas el 66% está muy o bastante de acuerdo con que la publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así, principalmente las B son las más conscientes de esto, aunque al 12% le resulta indiferente esta máxima, las sanas están igualmente bastante de acuerdo.

No existen diferencias significativas entre las enfermas y las sanas a la hora de hacer esta valoración por lo que no rechazamos la hipótesis nula de diferenciación y afirmamos que la publicidad es la seguidora de la sociedad y por tanto ésta se refleja en ella siendo más consecuencia que causa en este panorama de los TCA.

**9 Hipótesis. Si la publicidad puede ser causa de estas enfermedades, si desapareciera ésta, la enfermedad debería desaparecer o al menos las enfermas mejorarían.**

Nos referimos fundamentalmente a dos elementos relacionados con la publicidad que se adivinan influyentes en los TCA, el consumo de publicidad de tipo light y las modelos publicitarias como propagadoras de una imagen de delgadez.

Podríamos decir que si estas dos variables preocupan decisivamente a la muestra e influyen en su estado de salud, si desaparecieran, las enfermas mejorarían y por tanto se evitarían nuevos casos.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

A la mayoría de la muestra enferma le resulta indiferente que "haya o no publicidad de productos light" y que las "modelos publicitarias sean estupendas".

La existencia de publicidad adelgazante es indiferente en un 39% de la muestra enferma seguido de un 21% que lo consideran como "bastante importante" para la mejoría del estado de salud de las enfermas de TCA. Si preguntamos por el nivel de importancia de prohibir productos light, a la mayor parte de las niñas les resultaba indiferente esta prohibición, sobre todo a las de ESO y bachiller, las universitarias mayores son las más preocupadas porque desaparezcan. La existencia de estos productos influye más a las B, porque AR y AP se sienten "indiferentes", las AP especialmente, que contrariamente eran las que confiaban en este comportamiento al tomar la decisión de adelgazar.

Las niñas opinan en mayoría que las "modelos de publicidad son siempre estupendas" sumando más del 58% de la muestra, un 19 % piensan que las modelos no son tan estupendas, la mayoría de este 19% lo considera por la aversión hacia cualquier manifestación del cuerpo como objeto de muestra a los demás.

Existe un 60% que opinan que les resulta indiferente o nada influyente para su mejoría la aparición de modelos publicitarias aunque aun al 38% le resulta muy o bastante importante esta presencia. Las más influidas son las pequeñas, tendiendo a la indiferencia a medida que crecen, por estudios se cumple la misma tónica, siendo las más afectadas las de ESO y bachiller y las de universidad menos, el diagnóstico explica que las más influidas son las B en "mayoría" y las AR y AP se sienten "indiferentes".

Es claro que sin rebasar límites importantes las mayores son más sensibles a la publicidad adelgazante y las menores a la aparición de modelos ideales en publicidad, resulta significativo como las B son las más sensibles a los dos aspectos cuestionados.

No existen diferencias entre sanas y enfermas a la hora de evaluar si las modelos influyen en la mejoría, sí hay diferencias entre las enfermas purgativas y las

sanas en lo que a la desaparición de productos light de la publicidad se refiere para su mejor estado de salud, los productos adelgazantes son la adicción de estas enfermas por lo que para ellas son más influyentes aunque en límites bajos respecto de otros

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

elementos. Podemos decir que tanto si desaparecen las modelos de publicidad como si se elimina la publicidad adelgazante las enfermas no mejorarían, existen otros elementos del contexto personal que se definen más influyentes en las enfermedades y deberían evolucionar para la aceptación de sí mismos.

### **10 Hipótesis. La publicidad goza de una opinión adversa independientemente de que anuncie productos adelgazantes y de sus modelos.**

La opinión general no considera inofensiva a la publicidad en más de un 60%, frente al 20% que se sienten indiferentes. Las más descontentas son las de universidad y las B seguidas por las AP y las AR. En cuanto a los IMC ideales a medida que avanzan se ve más disconformidad con la publicidad.

Se refleja por tanto una actitud desfavorable sobre todo en cuanto a la saturación publicitaria, aunque por otra parte ya deducimos que la presencia en publicidad de productos de belleza y light resulta indiferente y que para la muestra la publicidad no es más que el reflejo de la sociedad, inferenciamos que existe una actitud desaprobada general igual en las sanas que en las enfermas, independiente del tipo de publicidad y de su razón de ser puesto que más del 82% confirman que la publicidad tiene una función informativa de productos y modas (ésto lo piensan mucho más las enfermas, sobre todo las B, que las sanas), muestran su desagrado porque interrumpe programas en más del 80% de las enfermas y entre AP y S hay diferencias significativas en esta variable estando las sanas más de acuerdo con la afirmación.

### **11 Hipótesis. La atención que se presta a publicidad, no coincide con la importancia que le otorgan como fenómeno social.**

Todas dicen prestar máxima atención sobre todo a los productos dirigidos a su edad aunque el 43% opinó que nunca o casi nunca se sienten atraídos por la publicidad y solo un 12% asegura que siempre le llama la atención los anuncios. Por otra parte todas dicen recordar en mayoría algún tipo de publicidad, 70% por lo cual en este caso no vamos a proceder al contraste de diferencias, por no considerarlo necesario.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

Se han encontrado por otra parte diferencias significativas entre sanas y enfermas a la hora de evaluar si aunque les llame la atención un anuncio consideran que no les influye ya que es aun menor la influencia para las sanas.

El recuerdo es muy difuso en cuanto a unanimidad de categorías y marcas. En el primero y segundo anuncio recordado observamos que los por qué del recuerdo más aceptados son la repetición de los anuncios y la valoración general del mismo, y no las razones que relacionan el recuerdo con las figuras femeninas ni con el producto.

Las tendencias de recuerdo en publicidad de belleza y adelgazante son poco definidas, las categorías enfermas dicen recordarlos más que las sanas pero en porcentajes bajos; no existe unanimidad de categorías y marcas.

## **12 Hipótesis. La publicidad es más influyente por las imágenes que presenta relacionadas con estilos de vida y modelos, que por la publicidad de productos adelgazantes.**

A la muestra no le interesa la publicidad adelgazante o de productos de belleza exclusivamente, las más orientadas a productos de belleza y adelgazantes son las AP y las B, las menos orientadas las sanas y las AR, apreciándose diferencias significativas entre sanas y enfermas.

La mayoría se "compara con las modelos de la televisión para ver si son gordas o delgadas", aproximadamente la mitad de la muestra enferma hace ésto mucho o bastante. Las que más se comparan las B, frente a las sanas que no lo hacen apreciándose diferencias entre sanas y enfermas significativas en esta variable. En general se percibe una tendencia a favor de la influencia de las modelos mucho mayor para las enfermas que para las sanas las más susceptibles son las B y la AP, las AR son las menos identificadas en esta categoría.

La comparación con las modelos es una consecuencia clara del desarrollo de la enfermedad en una muestra sensible a valoraciones físicas, destacamos como las AR parecen tener otras razones para mantenerse en su estado de delgadez ya que

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

tampoco les interesan los productos light, que presentan una influencia más leve, por debajo de otros mensajes publicitarios como los dirigidos a su edad.

### **13 Hipótesis. Dentro de los tipos de publicidad según los productos anunciados, la publicidad que menos interesa es la de productos light.**

Como ya deducimos en la hipótesis anterior la "publicidad de productos light" resulta indiferente sin embargo la mayoría presta mucha "atención a los productos dirigidos a su edad de la publicidad" fundamentalmente las AP y B con las sanas, las menos influidas las AR que parecen no sentirse atraídas por la publicidad ni sus motivaciones.

En cuanto al tipo de publicidad al que se presta más atención, la ropa de moda es una categoría a la que el 86% de la muestra enferma presta "mucho" o "bastante" atención, las más atentas son las pequeñas y medianas seguidas de mayores y universitarias. Las enfermas más influidas son las AP mientras que las sanas no sienten tanta inclinación. Se dan diferencias significativas entre ambas categorías.

En cuanto a las colonias y perfumes existe una preferencia general en sanas y enfermas. La atención prestada por las enfermas está al 65% en el grado de "bastante" y "mucho atención" independientemente de otras variables que pudieran influir como estudios, edad, etc...

La preferencia por anuncios de higiene personal es alta para todas fundamentalmente para las AR y las sanas, el 66 % de la muestra enferma piensan que le interesa mucho o bastante. El IMC ideal de las enfermas es una variable que parece explicar significativamente ( $p < 0,1$ ) que la atención a estos anuncios es "bastante"; tendente a menos a más edad y a mayor estabilidad del IMC.

Los anuncios light interesan sobre todo a las AP y las B, a las AR en menor medida y a las sanas no les interesa, dándose diferencias significativas entre ellas. En torno al 43% de enfermas prestan "bastante" o "mucho atención" a la publicidad de los productos light y de belleza, siendo la indiferencia del 25% y del 30% la "poca" o "ninguna" influencia. Las de ESO prestan más atención a anuncios de tipo light, las de

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

bachiller y universidad son "indiferentes". Las AR son claramente "indiferentes", si embargo para las AP y B, esta publicidad está muy presente.

Los anuncios de alimentación en general interesan más a las enfermas que a las sanas, con diferencias significativas entre ambas, fundamentalmente a las AP, estando equilibradas las AR y las B, con un 25% de indiferencia en las enfermas frente a un 41% de bastante o mucha atención y un 32% de poca o nada atención. En cursos inferiores influyen más, en cursos medios es "indiferente", en la universidad muy poco. Entre las AR, una parte se siente poco atraída, pero la tendencia es a prestar atención al igual que las B, las AP son las que más se sienten "indiferentes".

La atención prestada a vehículos al 60% de "indiferencia" y "poca atención", los seguros, servicios... con un 58% de "poca" o "ninguna atención" Los anuncios de coches, telefonía y servicios tienen interés bajo para toda la muestra, más para las pequeñas, las AR están menos motivadas a esta publicidad que las B a las que también les resulta "indiferente", las menos motivadas las sanas, dándose diferencias significativas entre éstas y las enfermas.

Aunque existe una gran dispersión en cuanto a las categorías de productos recordadas, lo que reduce la representatividad de los datos, decimos que las AR recuerdan sobre todo las categorías de anuncios de vaqueros, productos adelgazantes y colonias y perfumes. Las AP recuerdan anuncios adelgazantes, de alimentación y ropa y complementos, las B recuerdan anuncios de alimentación, productos adelgazantes, coches, refrescos y vaqueros.

Las enfermas han contestado más o menos en consonancia con lo que dijeron en la pregunta sobre interés por tipos de publicidad. Las sanas no recuerdan productos adelgazantes, sí de alimentación, colonias y ropa y complementos. En este caso el interés por anuncios de alimentación no había quedado reflejado en la pregunta anterior cuando se preguntaba por categorías, sin embargo aunque no en alto porcentaje parecen recordar productos y marcas de alimentación en general. En esta pregunta nos referíamos a recuerdo de publicidad en general, por ello tienen más representatividad los datos de recuerdo publicitario de productos adelgazantes que han contestado.

En lo que se refiere al 2º anuncio recordado de publicidad general, en estas variables no existen diferencias significativas entre sanas y enfermas en general.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

En lo que se refiere al recuerdo de productos de belleza, adelgazantes, etc... dicen no recordarlos el 68,5% de la muestra frente al 31,5% que sí recuerdan. Tengamos en cuenta que se pregunta por anuncios no exclusivos de publicidad adelgazante sino por anuncios de belleza, o relacionados con el adelgazamiento y aunque no se pregunta directamente sino en el contexto de anuncios de belleza, la mayoría recuerdan anuncios adelgazantes, fundamentalmente las B que todos los anuncios recordados son de publicidad adelgazante.

Podemos observar respecto al 1º anuncio recordado de publicidad de belleza y adelgazante por el total de la muestra, que las razones del recuerdo más comunes son la repetición y el interés por el producto sin olvidar que se trata de productos adelgazantes/ belleza.

Por diagnósticos se dan diferencias significativas entre AR y sanas en las siguientes razones de recuerdo:

"Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio", "Lo recuerdo porque me interesa mucho el producto", "Recuerdo porque salen modelos masculinos muy guapos", "Las modelos son estupendas y por eso lo recuerdo".

No existen diferencias en ninguna variable entre AP y sanas y B y sanas.

En las razones de recuerdo del 2º anuncio de publicidad adelgazante y de belleza no existen diferencias notables respecto del primero recordado, dándose diferencias significativas entre las enfermas fundamentalmente AR y sanas en las variables: "Me interesa el producto", "Los modelos masculinos son guapos", "Me gustaría vivir situaciones como en el anuncio", "Querría ser como las modelos", en estas variables también existen diferencias significativas especialmente entre las sanas y las B, más acentuadas para éstas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES****14 Hipótesis. La familia actúa más directamente sobre las jóvenes por aspectos de la educación y la protección que por las cuestiones relacionadas con el físico.**

La familia según los datos generales, no se mezcla en los aspectos de libertad y relación de sus hijas, ni tampoco en aspectos relacionados con la imagen, hay que aclarar que en la terapia de padres a la que asisten se les informa de la necesidad de obviar la delgadez de sus hijas y de evitar comentarios y conversaciones cuyo centro sea el cuerpo o la comida, quizá debido a este aprendizaje se verifica que las terapias funcionan puesto que los datos así lo expresan. En general el contexto familiar no se ha revelado excesivamente influyente excepto para las B que parecen estar sometidas a mayor presión en sus familias.

En la muestra enferma el 50% reconocían que en su familia no se juzgaba su aspecto y peso, frente al 27% que lo reconocía "algo". Este aspecto se da en mayor grado en las enfermas que en las sanas y existen diferencias entre las enfermas AR, B y las sanas en esta variable.

Igualmente el 50% de la muestra explica como su familia no se preocupa por la imagen frente al 26% que sí se preocupan y son sobre todo las mayores, B y AR, que también expresan que la preocupación familiar existe. Posiblemente porque las B vienen de familias con antecedentes de sobrepeso. Se dan diferencias significativas entre las B y las sanas en este aspecto.

Igual porcentaje responde a la relación de la familia con las compañías y amistades con que van sus hijas. En ningún caso se sienten influidas, menos aún en pacientes mayores, las familias más influyentes son las de bulímicas. Entre AR, AP, sanas y B se aprecian diferencias en esta variable, ya que son estas las más influidas por sus padres.

Las familias quizá por la sensibilidad o condición de enfermas de sus hijas se sienten protectores y exigentes siendo el 57% para los que se preocupan mucho o bastante y del 30% para los que lo hacen "algo". Las mayores y las de bachiller, las de familias numerosas y que ocupan el 1º lugar entre hermanos, están menos protegidas y

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y CONCLUSIONES**

las más las de ESO. Por diagnósticos los padres son más protectores con las B y menos con las AP y sanas, existiendo diferencias significativas entre B y S.

El 69% de la muestra opina que su familia no discute, o que si existe discusión al menos no repercute directamente en la enferma, un 17% asegura que la relación de sus padres les preocupa "algo", estando alrededor del 13% las enfermas a las que esto les preocupa "muchísimo" y "bastante". En todos los casos esta influencia es mínima, solo varía en matrimonios separados y en las B que aunque no sufren mucho por esto presentan mayor porcentaje, seguidas de las AP y las que menos, las AR y las sanas.

**15 Hipótesis. La aceptación personal es la causa más influyente directamente en el desarrollo de un TCA y goza de mayor importancia para las enfermas frente a otras causas posibles.**

Más del 71% de la muestra aseguraba que para estar bien necesitaba dejar de obsesionarse por alguna parte del cuerpo, la insatisfacción corporal hace que el TCA se aloje en un porcentaje elevado, quizá porque se demuestra a través de la rebeldía hacia el cuerpo la rebeldía hacia la propia persona. En todos los aspectos esta variable es muy importante para todas las edades, más para las mayores y cursos superiores, especialmente para las bulimias.

En cuanto a la posibilidad de mantener un peso estable las más identificadas son las AR y B, las menos las AP y a las sanas les resulta indiferente. Las purgativas por las características de su enfermedad controlan su peso con el vómito y ejercicio compulsivo alternando dieta normal y restricción, pero sin sensación de pérdida de control en la ingesta y en su peso.

En cuanto a las informaciones de dietas, en el caso de la enfermas resulta indiferente tal existencia en el 29% aunque existe también un 25% que lo considera bastante importante para recuperarse, a las más pequeñas les influye "bastante" y la tendencia es a influir más con la edad, el diagnóstico presenta que las AR están algo influidas, las AP "bastante" influidas por las informaciones y estarían mejor si desaparecieran, a las B les resulta "indiferente" tanto como a las sanas, en mayoría.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

Según el IMC ideal que deben tener, a medida que este debe aumentar aumenta la preocupación por este tipo de información.

Es fundamental por otra parte el hecho de tener amigos que las acepten para su mejor estado en un 68%, A medida que aumentan en edad y cursos, es mayor la importancia. En todos los diagnósticos es máxima la importancia a este aspecto de la amistad, el hecho mismo de la existencia de amigos es prioritario para la recuperación.

Un 32% de la muestra enferma, consideran respectivamente que la presión social de la moda e imitación de modelos influye en su recuperación en gran medida, las más identificadas con esta variable son las B, también las AP, la AR en menor medida y las sanas se sienten indiferentes ante esta variable. Las mayores y universitarias opinan en mayor medida que es muy importante que las modelos no sean patrón a seguir. Las B son coherentes en este pensamiento con el resto de las preguntas de este tipo, y las AR expresan como la desaparición de modelos les haría mejorar en menor medida, a éstas no les gustaba parecerse a las modelos, en realidad podemos decir que esta causa está presente, aunque nieguen el mundo de la moda por su superficialidad según ellas.

A la muestra le parece que el hecho de tener un chico que la aprecie y la quiera como es, resulta determinante en el 49% de las enfermas para la mejoría, gustar a los chicos es un aspecto muy importante para todas, especialmente para las mayores y universitarias con significación de  $p < 0,05$ , las AR y AP están también muy influidas por este aspecto pero especialmente las B.

A diferencia de estos aspectos la correlación entre la situación familiar necesaria para la mejoría y la influencia de la dinámica familiar vista anteriormente es bastante afín puesto que un 30% considera nada importante este aspecto, por otra parte existe un 21% de enfermas que aunque haya considerado buena su situación, considera que la influencia familiar es importante en la mejoría. El ambiente familiar parece no influir decisivamente en el malestar de las enfermas. Las que más consideran la necesidad de vivir en un buen ambiente familiar son las B y las AR, las AP también lo creen en alto porcentaje y las menos necesitadas de esta circunstancia las sanas, aunque sin dejar de creer en esta necesidad.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS y  
CONCLUSIONES**

Entre los grupos de sanas y enfermas se aprecian diferencias significativas en variables como: "Estaría mejor si las modelos de pasarela dejaran de ser el patrón de perfección", "Si pudiera controlar un peso estable con alimentación normal". Es destacable como las enfermas frente a las sanas, se sienten amenazadas en mayor medida por la moda como factor social y por otra parte se ven diferencias en cuanto a la preocupación del peso que es justamente un síntoma y un elemento a tratar, la pérdida de control sobre la sensación física de gordura y lo que se come realmente, se acusa más en las B, con diferencias significativas con las sanas. Entre las AR y las AP existen diferencias en cuanto a las variables "debo tener más confianza en mí, sin obsesionarme por algunas partes de mi cuerpo" que es más acusado para las AP. Entre las AP y las sanas existen diferencias en las variables: "Debo tener más confianza en mí y no obsesionarme por algunas partes de mi cuerpo". "Estaría mejor si las modelos de pasarela dejaran de ser el patrón de perfección".

El tema de la moda se repite más influyente en las enfermas purgativas y de la misma forma también el control del peso en la variable "Estaría mejor si pudiera controlar un peso estable", ya que las AP sienten como las B mayor sensación de pérdida de control y por tanto lo anhelan más que las AR más autocontroladas, y las sanas que no presentan este problema.

Es por tanto real la mayor importancia que se otorga a la aceptación personal frente a otros elementos del contexto que pudieran influir en la curación y por tanto en la provocación de las enfermedades tratadas, y podemos comprobar que este elemento es del contexto individual y personal, y que influye en enfermas y sanas por igual. En cuanto a la sensación de control del peso, se ha mostrado de vital importancia para las enfermas que han perdido este control frente a las sanas que no lo valoran, cualquier otro elemento contextual influyente bien sea del entorno social o personal es de menor importancia en la curación y en la causa de un TCA.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**16 Hipótesis. La moda se percibe más influyente en las enfermas por la presencia de modelos delgadas frente a otros aspectos más personales también relacionados.**

La moda ocupa primeros puestos después de la información en influencia sobre las enfermas, los aspectos más influyentes, la delgadez de las modelos, seguido por el interés por esta profesión, después les interesa ir como la gente de su edad, para confesar en último lugar que la moda les interesa porque están interesadas en seguirla, lo que menos importa es que sea algo divertido. Existen diferencias significativas en todas las variables para sanas y enfermas lo que demuestra la mayor influencia en las enfermas de este aspecto de la sociedad.

Respecto a la influencia de la moda en sus vidas y si las esclaviza el mayor porcentaje corresponde a aquellas que están algo identificadas, 33%, estando la distribución dividida simétricamente entre los que se ven muy influidos y los que no, la tendencia se desarrolla entre aquellas a las que la moda les esclaviza y hace cambiar de aspecto de poco a moderadamente. Resulta más influyente para las menores, las de bachiller y universitarias están menos influidas. Las AR están algo o bastante identificadas, más que las B, y las AP, la tendencia a la moda como elemento aplicado a uno mismo es seguido por las AR y cuando se trata de tendencias hacia el mundo glamouroso de la moda la influencia es mayor para las B y AP, las sanas son las menos influidas por la moda. Existen diferencias significativas entre las sanas y enfermas en esta variable.

Al 59% le interesa ir como la gente de su edad y está muy o bastante identificada con esta opinión. A medida que avanzan cursos son menos propensas a Identificarse con la gente de su edad, las menos preocupadas son las AP, y las más las B y AR. A las sanas les interesa menos ir como la gente de su edad. Existen diferencias entre las AR que son las más identificadas y las sanas a las que no les interesa esta variable.

En relación a sus aspiraciones hacia la moda y las modelos, la muestra enferma está repartida. Se adivina una cierta orientación ante todo lo relacionado con la moda que por otro lado critican y desprecian, en ningún caso las posiciones son claramente definitivas y la dispersión es alta. Las más orientadas al mundo de la moda

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. PLANTEAMIENTO

VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

son las de ESO y bachiller, las universitarias se sienten poco identificadas, las AR están distribuidas casi por igual desde sentirse muy identificadas hasta nada identificadas, las AP se orientan a la mayor influencia con opiniones repartidas y las B, las diferencias más claras se ven con las sanas que no quieren parecerse a las modelos. Se dan diferencias entre AR, AP y sanas en esta variable, las últimas nada tendentes a este deseo.

De nuevo vuelve a haber una fuerte heterogeneidad respecto a la moda como algo divertido que no obsesiona, en este caso la mayoría se ha sentido algo identificada con la opinión con el 34%, frente al 28% que no están nada de acuerdo y que demuestra que aunque es algo atractivo y que participan de la moda concreta de su edad, sienten un disgusto claro hacia ella. Las chicas de ESO, bachiller se sienten algo identificadas con que la moda sea algo divertido que no les obsesiona, las universitarias se sienten "bastante" identificadas. Las diferencias en esta variable se dan entre las AR, AP y sanas.

Pero a la hora de preguntarle por las modelos, se percibe que aunque a ellas les gusta este mundo desearían que las modelos no fueran tan flacas con cuya opinión están muy o bastante de acuerdo el 60% de la muestra. La unanimidad llega con el índice de masa corporal 21 donde una "mayoría" está muy identificada y para las mayores de 18 años.

### **17 Hipótesis. Los amigos influyen decisivamente en las enfermas y fundamentalmente en aspectos de comportamiento típicos de la juventud más que en los hábitos alimentarios.**

La más preferida fue la opción de "influencia de los amigos en las formas y temas de conversación", las mayores y universitarias estiman más positivamente esta influencia. En cuanto al diagnóstico, es más influyente entre las AP y sobre todo entre las B, para las AR, pasa a segundo lugar.

La influencia de los amigos en la forma de comportarse ante otros amigos y la familia disminuye a medida que crecen, es menor en las AR, las AP están más influidas, sin embargo las B no se sienten influidas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

En cuanto a la influencia que los amigos ejercen a la hora del vestir las niñas han elegido mayoritariamente esta opción en 3º lugar, es 1º preferencia para las pequeñas y 3º para las demás. Esta preferencia es la tercera para las AR y AP y la 2º para las bulímicas más propensas a esta influencia de las amistades.

En 4º lugar los amigos les influyen porque envidian a alguno de ellos por su aspecto físico. Las más pequeñas envidian a algún amigo más que las mayores, aunque en todos los casos se elige en últimos lugares, las que más claro presentan dicha influencia son las de bachiller en 4ª preferencia, en este aspecto la significación de 0,03, las que más influencia por envidia de amigos tienen son las AP y las B cuya preferencia está en 2º lugar, las AR han elegido esta opción principalmente en 4º lugar. Se dan diferencias significativas entre todas las enfermas y las sanas.

Por último influyen los amigos en los temas de la alimentación. Muy tímidamente las mayores parecen más influidas en la manera de alimentarse que el resto, por estudios se cumple la misma tónica aunque esta preferencia ocupa siempre los lugares finales, a medida que los índices se estabilizan aparece un cierto repunte a preferencias mayores para las pacientes, los niveles de significación son representativos.

Para las AR los amigos les influyen en temas de conversación y menos en la manera de alimentarse, las AP están influidas por sus amigos en la forma de vestir y temas de conversación. La B y sanas coinciden en primera opción en que sus amigos les influyen en temas de conversación, en la forma de comportarse y están menos influidas por la envidia que sienten hacia alguno de ellos, las sanas se identifican con esta opción en mayor medida y por los temas de moda y del vestir, menos influidas están por los hábitos de alimentación de los amigos.

Entre enfermas y sanas se aprecian diferencias significativas en variables como “En la forma de comportarse con amigos, familia”, “En la forma y temas de conversación”, “En la manera de alimentarse”.

En resumen podemos decir que las amistades influyen en pacientes y sanas, y aunque las razones comportamentales influyen en ambos colectivos las razones alimentarias más en las enfermas mayores y en los diagnósticos purgativos, estas también parecen sentir más envidia hacia sus amigos, por encima las sanas también parecen sentir envidia, aunque las diferencias en ambos colectivos no son significativas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

## **VI.8.2 Conclusiones finales.**

En este trabajo de investigación hemos pretendido abarcar las enfermedades de la conducta alimentaria desde todos los aspectos posibles que, después de la investigación cualitativa y del sondeo de las opiniones de profesionales y enfermos se mostraron influyentes y se reflejaron en el modelo (ver Capítulo III: 198), una vez delimitado a priori el efecto social de elementos como la moda, las amistades y la publicidad, pretendíamos ubicar en su lugar a esta última variable dentro del contexto citado y relacionar la influencia que se presumía con otros elementos personales y sociales.

### **Primera:**

Cuando entendemos la publicidad bien definida como elemento distinto de las informaciones de dietas y de consejos de belleza, y por tanto cuando la diferenciamos convenientemente de la información, nos damos cuenta que además de no encontrar diferencias significativas entre enfermas y sanas en cuanto a interés, la publicidad en sí no interesaba a ninguna categoría y ocupa los últimos lugares en sus preferencias.

Podemos decir por tanto que aunque ya hemos visto que las informaciones se analizan como contenidos y constituyen una variable del contexto social de influencia, no se puede confundir con la publicidad, presentada bajo una forma diferente y que responde a una técnica distinta, de ahí por ejemplo que sea de obligado cumplimiento identificar en las televisiones lo que es información y lo que es publicidad, a veces presentada bajo la forma de publicidad encubierta, considerada indirectamente en el artículo 11 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, en los términos siguientes "Los medios deslindarán (...) afirmaciones efectuadas dentro de su función informativa de las que hagan como simples vehículos de publicidad..." pero aun así existe gran confusión entre la sociedad respecto a la identificación de cualquier información sobre productos, con publicidad como técnica de comunicación persuasiva pagada, de ahí la extensión de las influencias sociales de los trastornos de la conducta alimentaria a encuadrarse en la publicidad.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.****Segunda:**

En relación a la opinión sobre la publicidad, las enfermas piensan que la publicidad presenta gente estupenda porque la sociedad lo exige así, principalmente las bulímicas son las más conscientes de ésto, las sanas están igualmente de acuerdo con esta opinión.

No existen diferencias significativas entre las enfermas y las sanas a la hora de hacer esta valoración por lo que no rechazamos la hipótesis nula de diferenciación y afirmamos que la publicidad es la seguidora de la sociedad y por tanto ésta se refleja en ella siendo más consecuencia que causa en este panorama de los TCA.

Por propio interés económico y comercial si las opiniones generalizadas fueran favorables a la gordura, la publicidad presentaría estos canones en sus anuncios puesto que su objetivo es la identificación con sus públicos, todo esto claro está, aceptando la premisa impuesta sobre las modelos publicitarias como mujeres excesivamente delgadas.

**Tercera:**

Todas las categorías perciben a las modelos de pasarela como mujeres excesivamente delgadas (sobre todo las bulímicas) y a las de publicidad como menos delgadas. No existen diferencias significativas entre sanas y enfermas a la hora de explicar la percepción de las modelos. Se ha interiorizado de igual manera la imagen de las modelos de pasarela como hiperdelgadas y las de publicidad como delgadas, existiendo acuerdo entre las muestras, lo que hace pensar que no hay distorsión en la percepción y que realmente las modelos de pasarela son generalmente más escuálidas que las publicitarias. Se confirma la hipótesis nula de no diferencia entre las muestras.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

De esta afirmación podemos decir que por una parte las modelos de publicidad que aparecen en los anuncios no responden tan exageradamente a lo que hemos llamado en el Capítulo V, epígrafe V.6.1.1, como "la estética anoréxica" al analizar algunos anuncios publicitarios, sin embargo las modelos de pasarela se perciben como excesivamente delgadas por todo el colectivo encuestado, enfermas y sanas y por lo que no podemos decir que esta percepción es fruto de la distorsión de la realidad de estas enfermas anoréxicas y bulímicas.

**Cuarta:**

En general se sigue poniendo de manifiesto la actitud contraria ante la publicidad de todas las personas encuestadas. Es por todas manifiesta una actitud desfavorable sobre todo en cuanto a la saturación publicitaria, aunque por otra parte la presencia en publicidad de productos de belleza y light resulta indiferente para sanas y enfermas opinando igualmente que la publicidad no es más que el reflejo de la sociedad, inferenciamos que existe una actitud desaprobada general igual en las sanas que en las enfermas, independiente del tipo de publicidad y de su razón de ser puesto que más del 82% confirman que la publicidad tiene una función informativa (ésto lo piensan mucho más las enfermas, sobre todo las bulímicas, que las sanas).

Todas muestran su desagrado porque interrumpe programas estando las sanas más de acuerdo con esta afirmación. Ponemos de manifiesto que la publicidad genera opinión contraria más por la forma que por el fondo o contenidos de sus mensajes.

**Quinta:**

A la mayoría de la muestra enferma le resulta indiferente que "haya o no publicidad de productos light" y que las "modelos publicitarias sean estupendas".



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

Es claro que sin rebasar límites importantes las mayores son más sensibles a la publicidad adelgazante y las menores a la aparición de modelos ideales en publicidad, resulta significativo como las bulímicas son las más sensibles a los dos aspectos cuestionados, al primero porque utilizan y consumen estos productos en su enfermedad y la segunda porque las motivaciones de las bulímicas hacia el adelgazamiento son más de tipo estético y de identificación con la moda, a diferencia por ejemplo de las anoréxicas restrictivas en las que su enfermedad viene tamizada por factores más de tipo personal.

A la muestra no le interesa la publicidad adelgazante o de productos de belleza exclusivamente, las más orientadas a productos de belleza y adelgazantes son las purgativas, las menos orientadas las sanas y las restrictivas, apreciándose diferencias significativas entre sanas y enfermas, estas últimas más preocupadas y atentas a estos productos.

No existen diferencias entre sanas y enfermas a la hora de evaluar si las modelos influyen en la mejoría, a toda la muestra le parece inútil para mejorar su estado emocional que desaparezcan las modelos de los anuncios o que estas fueran estéticamente de otra manera, sí hay diferencias entre las enfermas purgativas y las sanas en lo que a la desaparición de productos light de la publicidad se refiere para su mejor estado de salud, los productos adelgazantes son la adicción de estas enfermas por lo que para ellas son más influyentes, aunque en límites bajos respecto de otros elementos contextuales.

Por otra parte hay que destacar, como aun declarando que la aparición de modelos no les influye, la mayoría se "compara con las modelos de la televisión para ver si son gordas o delgadas", aproximadamente la mitad de la muestra enferma hace esto mucho o bastante. Las que más se comparan las bulímicas, frente a las sanas que no lo hacen apreciándose diferencias entre sanas y enfermas significativas en esta variable.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

En general la comparación con los modelos es una consecuencia clara del desarrollo de la enfermedad en una muestra sensible a valoraciones físicas, más en las bulímicas y anoréxicas purgativas y no tiene ninguna repercusión en las causas ni en la curación como así lo han declarado.

Podemos decir que tanto si desaparecen los modelos de publicidad como si se elimina la publicidad adelgazante las enfermas no mejorarían, existen otros elementos del contexto personal que se definen más influyentes en las enfermedades y deberían evolucionar para la aceptación de sí mismas.

**Sexta:**

En mayoría las chicas enfermas se orientan por una causa de tipo personal a la hora de tomar la decisión de adelgazar, como es la carencia de admiración, la falta de aceptación y de éxito social que a nivel general, crea una falta de autoestima que se acentúa a medida que la enfermedad se instala en la paciente. La diferencia en esta pregunta entre sanas y enfermas es alta ya que las enfermas piensan en mayor medida que adelgazan por esta causa mientras que las sanas creen en menor medida que la aceptación les pueda hacer enfermar, aunque dentro de una tónica de valoración positiva de esta causa.

Entre las anoréxicas restrictivas y las anoréxicas purgativas existen diferencias en cuanto a la variable "debo tener más confianza en mí, sin obsesionarme por algunas partes de mi cuerpo" que es más acusado para las purgativas. También existen diferencias significativas entre las anoréxicas purgativas y las sanas en esta variable, debido a la enorme falta de autoestima que les impide a las enfermas ser conscientes de sus capacidades y que les lleva a un estado de menosprecio que pagan con su cuerpo y que degenera en conductas enfermas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

Es por tanto real la mayor importancia que se otorga a la aceptación personal frente a otros elementos del contexto que pudieran influir en la curación y por tanto en la provocación de las enfermedades tratadas, y podemos comprobar que la falta de autoestima es del contexto individual y personal.

La segunda razón que permitiría a la muestra estar a gusto consigo misma y que por tanto si no existe podría originar enfermedad, es la necesidad de adelgazar para llevar ropa ajustada (contexto social, moda), vestir tallas pequeñas que marquen las líneas y que responden a la estética actual de la juventud.

Cuando la causa es la moda y concretamente ir con ropa ajustada, la mayor parte de las chicas enfermas están de acuerdo, las bulímicas son las que piensan en mayor número que esto es causa de adelgazamiento y las sanas creen en menor medida aunque con una tendencia a favor que esta es causa de mejora en su estado personal.

Aunque teniendo en cuenta las matizaciones anteriores en estas dos razones una de tipo personal y la otra de tipo social (moda) no se dan diferencias entre las sanas y enfermas que sean significativas para rechazar la hipótesis nula.

En tercer lugar, son las enfermas las que abundan más en causas relacionadas con la moda diciendo que la tendencia a querer parecerse a las modelos, es detonante de adelgazamiento, las sanas creen que solo algunas chicas actúan así. La percepción más distorsionada es para las enfermas aunque se aprecian diferencias entre anorexia restrictiva y bulimia, son las bulímicas y las anoréxicas purgativas las más orientadas hacia esta idea. La anoréxicas restrictivas no se quieren parecer a las modelos, presentan una fuerte aversión a este mundo y no lo consideran influyente en su adelgazamiento.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

Esta opinión puede ser matizada por otras preguntas del cuestionario, ya que más que no influencia consiste en la negación de la moda por ser una razón superficial que oculta los verdaderos problemas que llevan a los TCA.

En cuarto lugar el hecho de ver mucha publicidad de productos light, no es primer detonante del agelgazamiento. Las enfermas piensan que bastantes chicas adelgazan porque ven mucha publicidad adelgazante en mayor medida que las sanas. En esta variable social existen diferencias significativas en lo opinado por enfermas anoréxicas purgativas y sanas, por las mismas razones que el consumo de estos productos era también más elevado entre las categorías enfermas.

Cuando se pregunta por las causas de forma proyectiva la opinión primera es que a parte de la necesidad de aceptación personal, las causas de adelgazamiento se identifican más con factores sociales siendo la diferencia significativa entre enfermos y sanos en las causas relacionadas con publicidad adelgazante y principalmente con la moda, también muy influyente en la muestra de sanas como motivo de adelgazamiento y por tanto podemos considerarla como de mayor peso que la publicidad porque demuestra influencia en todas las chicas, otras causas de tipo personal como los amigos, también ejercen influencia mayor en enfermas que en sanas.

No existen diferencias entre diagnósticos pero es curioso como la amistad exige unas características físicas menos exigentes que la atracción hacia el otro sexo. Las mayores piensan que tiene más amigos la mujer de aspecto físico normal y que gusta más a los chicos la mujer que es más delgada, las dos percepciones coinciden en las bulímicas que consideran el físico delgado igualmente adecuado para tener amigos y para ligar, siendo casi condición la delgadez para tener amigos, adivinándose esta influencia de mayor importancia en este colectivo

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

siempre tamizado por elementos físicos y estéticos más que por la verdadera necesidad de tener el apoyo de las amistades.

**Séptima:**

Observando los hábitos de tipo sociocultural más comunes para estar en forma y que podrían erigirse como conductas de riesgo para desencadenar un TCA, vemos que la ingesta de productos light no supera a otras acciones como la lectura de información de belleza y adelgazante, más influyente en las chicas de edad media que en las pequeñas y mayores, las anoréxicas purgativas son las más ávidas lectoras con las bulímicas, las menos interesadas por leer informaciones de dietas y belleza son las anoréxicas restrictivas y las sanas.

A las enfermas purgativas sobre todo les parece que lo que hacen las adolescentes normalmente para estar en forma como siguiente conducta más repetida después de la lectura, es tomar productos light, mientras que las anoréxicas restrictivas y las sanas han demostrado que la segunda conducta más repetida por las adolescentes es la de hacer dieta sin dejar de comer (conducta no patológica). En tercer lugar, las anoréxicas purgativas y bulímicas opinan que la conducta más repetida es hacer dieta pero para parecerse a las modelos, lo que resulta en consonancia con la mayor identificación de estas con la moda y en general con la importancia de los factores sociales más presentes en este colectivo.

Hasta el momento podemos decir que aunque las diferencias son más significativas entre enfermas y sanas en lo que a aspectos del contexto social se refiere como causas de adelgazamiento, las primeras razones detectadas para ambas muestras son las de desear admiración y autoestima y la conducta más seguida para originar adelgazamiento es la de leer informaciones relacionadas con dietas y belleza, en este punto podemos decir que se justifica la investigación elaborada para

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

determinar los contenidos de las revistas más leídas por las adolescentes en el capítulo III de esta tesis.

**Octava:**

Aunque se ha demostrado que la información resulta ser una causa muy influyente en los trastornos de la conducta alimentaria, no se aprecian diferencias entre los diagnósticos a la hora de enumerar los temas de información más interesantes. Las informaciones adelgazantes, fueron las menos elegidas para toda la muestra, excepto para las anoréxicas purgativas, aun así no corresponde la inclinación por esta causa de adelgazamiento cuando se pregunta de forma directa por prácticas más usuales para estar en forma con el interés demostrado por las enfermas hacia informaciones adelgazantes exclusivamente cuando se compara con otro tipo de informaciones.

A las sanas les interesan informaciones más relacionadas con los aspectos del contexto personal, y se aprecian diferencias significativas con las enfermas, sobre todo en las variables de Información de sexualidad y de chicos, las sanas están más orientadas a estos temas que las enfermas sobre todo las anoréxicas restrictivas con las que también hay diferencias significativas, que presentan una notable aversión a los temas de sexualidad y chicos.

Las enfermas se interesan por las informaciones relacionadas con la moda y la estética más afines al contexto social, y en menor medida se sienten atraídas por los productos adelgazantes, aunque existiendo diferencias significativas entre las enfermas y sanas a las que no le interesa nada este tipo de información.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.****Novena:**

La moda ocupa primeros puestos después de la información en influencia sobre las enfermas, los aspectos más influyentes, la delgadez de las modelos, seguido por el interés por esta profesión, después les interesa ir como la gente de su edad, para confesar en último lugar que la moda les interesa porque están interesadas en seguirla, lo que menos importa es que sea algo divertido. Existen diferencias significativas en todas las variables para sanas y enfermas lo que demuestra la mayor influencia en las enfermas de este aspecto de la sociedad, sobre todo en lo tendente a quererse parecer a las modelos, más claro en las enfermas y casi inexistente para las sanas.

Por otra parte existe un cierto disgusto hacia la moda por las enfermas sobre todo que la consideran algo superfluo, creen que las modelos están demasiado delgadas y que les gustaría que estuvieran más rellenitas y sobre todo a las más pequeñas y de diagnósticos restrictivos, les interesa ir como la gente de su edad lo que parece curiosamente importar mucho menos a las sanas.

Entre los grupos de sanas y enfermas se aprecian diferencias significativas en variables como: "Estaría mejor si las modelos de pasarela dejaran de ser el patrón de perfección", "Si pudiera controlar un peso estable con alimentación normal". Es destacable como las enfermas frente a las sanas, se sienten amenazadas en mayor medida por la moda como factor social y por otra parte se ven diferencias en cuanto a la preocupación del peso (elemento del contexto personal) que es justamente un síntoma y un elemento a considerar en el tratamiento, la pérdida de control sobre la sensación física de gordura y lo que se come realmente, se acusa más en las bulímicas, con diferencias significativas con las sanas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.****Décima:**

Se han encontrado por otra parte diferencias significativas entre sanas y enfermas a la hora de evaluar si aunque les llame la atención un anuncio consideran que no les influye ya que es aun menor la influencia para las sanas.

El recuerdo es muy difuso en cuanto a unanimidad de categorías y marcas. En los anuncio recordados observamos que los por qué del recuerdo más aceptados son la repetición de los anuncios (frecuencia) y la valoración general del mismo, y no las razones que relacionan el recuerdo con las figuras femeninas ni con el producto.

Parece que las restrictivas son las que perciben los anuncios por razones de índole significativamente diferente que las sanas, no sucediendo entre el resto de los diagnósticos y las sanas, éstas más que el resto recuerdan la influencia del anuncio por razones de identificación con las modelos, aunque a nivel general todas recuerdan más por razones de frecuencia y de valoración del producto.

Las tendencias de recuerdo en publicidad de productos debelleza y adelgazante son poco definidas, las categorías enfermas dicen recordarlos más que las sanas pero en porcentajes bajos; no existe unanimidad de categorías y marcas.

Aunque los anuncios de tipo light eran poco recordados en comparación con otras categorías, sin embargo aquellas que recordaban anuncios de publicidad de tipo light o de belleza en general recordaban preferentemente anuncios de publicidad adelgazante. La publicidad adelgazante no interesa a la mayoría pero en el pequeño porcentaje de chicas que recuerdan anuncios de este tipo una de las categorías más elegidas es la de éstos productos aunque en ningún diagnóstico era muy abundante.



## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.****Undécima:**

Es muy significativo como la influencia de la familia como causa personal del contexto individual que se presumía de importancia, no ha demostrado ser influyente a la muestra ni en aspectos relacionados con el físico, ni en aspectos relacionados con la problemática familiar. Es ligeramente más influyente la familia en las enfermas que en las sanas, habiendo diferencias significativas entre ambas muestras, en aspectos sobre todo relacionados con la protección, son las enfermas las más protegidas quizá por su condición de enfermas, las problemáticas familiares parecen no influir en la muestra enferma ni en la sana aunque las bulímicas presentan familias más desestructuradas que el resto de los diagnósticos.

Aun así no estamos en condiciones de obviar la influencia de la familia puesto que puede haber influido las condiciones de la investigación en las respuestas a estas preguntas, las encuestas se realizaron en el hospital al acudir a tratamiento pero fuera de este y al que van acompañadas por sus padres, aunque previamente se informó a la muestra enferma que los resultados tenían carácter privado.

**Duodécima:**

Podemos decir que las amistades influyen en las pacientes y en las sanas, aunque las razones de tipo comportamental influyen en ambos colectivos, las razones de alimentación influyen más en las enfermas aunque por debajo de las razones de comportamiento y mucho más en las mayores que en las pequeñas y en los diagnósticos purgativos, estas también parecen sentir más envidia hacia sus amigos y muy ligeramente por encima las sanas también parecen sentir esta envidia aunque las diferencias en ambos colectivos no son significativas.

Las amistades están muy relacionadas con aspectos de aceptación personal y de la autoestima y así se ha confirmado es esta

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

investigación donde las razones de tipo comportamental tienen más peso que las posibles influencias de las amistades en los hábitos alimentarios, son importantes por la seguridad que aporta estar en el grupo y ser aceptado dentro de él, y mucho más cuando el aislamiento provocado por la enfermedad alimentaria abandona las conductas sociales propias de la adolescencia, que luego en el tratamiento y curación de la enfermedad es uno de los elementos más difíciles de reestructurar.

**Decimotercera:**

Podemos decir que existen diferencias significativas entre enfermas y sanas a la hora de percibir el aspecto exterior de la mujer en forma, más delgado para las enfermas que para las sanas y más acentuada la delgadez para las purgativas y en pacientes mayores.

En la percepción de la salud las enfermas y sanas no encuentran diferencias al definir a la mujer sana como una mujer de aspecto normal.

Esto significa que las enfermas no identifican el estar en forma como estar sano, porque el estar en forma exige un mayor nivel de adelgazamiento para ellas, sin embargo las sanas no tienen desfase en la percepción de la salud y en la de estar en forma, es para ellas condición de estar en forma el estar sano; pudiendo inferir incluso para las enfermas que prefieren estar en forma antes que estar sanas.

**Decimocuarta:**

Existe distorsión de la imagen actual sobre todo para las anoréxicas restrictivas que se ven todas normales o rellenitas, siendo las mayores las más tendentes a la normalidad. Las que se perciben más gruesas en la actualidad son las bulímicas.

## CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPÓTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPÓTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

Como en la adolescencia aumenta el IMC existe una mayor sensación de haber engordado mucho, a medida nuevamente que el IMC ideal se estabiliza a mayor edad, vuelven a tener la sensación de ser más "delgadas" otra vez. Existen diferencias significativas entre como se ven las bulímicas y las anoréxicas restrictivas con las sanas, tenemos que aclarar que las restrictivas y sanas se ven normales mayoritariamente, estando las primeras más por debajo de su peso ideal que las segundas, la moda para las primeras está en el índice 18,9 siendo por edad para la mayoría de la muestra el ideal 21, las sanas están en 20, la percepción de las sanas coincide mayoritariamente con la realidad pero las enfermas restrictivas se ven dos puntos por encima de cómo están en realidad.

En realidad existen diferencias significativas entre enfermas y sanas porque las enfermas se veían más rellenitas de niñas que las sanas, he ahí un detonante de adelgazamiento manifiesto y una insatisfacción; a medida que crecían también se veían más gorditas en la infancia, sobre todo las purgativas y bulímicas.

Sí existe distorsión respecto a la infancia porque las más jóvenes que están más cerca de ese periodo de sus vidas se ven más delgadas de pequeña que las mayores, más lejos de esta etapa de la vida y cabe pensar que las mayores no han sido todas gorditas de pequeñas, de ahí la diferencia de percepción.

La diferencia entre la persona que quisieran ser y la que admiran coincide menos en las bulímicas donde les gustaría ser delgadas y admiran a personas mucho más delgadas que como quisieran ser, en las anoréxicas restrictivas es más equilibrada la doble postura. Las sanas también quieren ser más delgadas que la persona que admiran porque entienden la admiración de forma distinta y menos achacable al físico, sin embargo en las enfermas correlaciona admiración y apariencia, sobre todo en las bulímicas donde la admiración aumenta cuanto mayor es la delgadez a la que tienden como hacia el ideal.

**CAPÍTULO VI. LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**VI.1 EL DISEÑO EXPERIMENTAL. **PLANTEAMIENTO****VI.2 I PARTE: FASE EXPLORATORIA**

VI.3 EL CUESTIONARIO

VI.4 LA MUESTRA

VI.5 OBJETIVOS

VI.6 HIPOTESIS GENERALES DEL TRABAJO

VI.7 INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA.

**VI.8 RESPUESTAS A HIPOTESIS Y  
CONCLUSIONES.**

Todas las categorías piensan que la gente de su alrededor son "normales", las anoréxicas restrictivas tienden a identificar a la gente como "normal" aunque más bien delgadas, más estables las anoréxicas purgativas y las bulímicas las más heterogéneas. La sanas se identifican mucho más en la normalidad menos tendente a la delgadez, habiendo diferencias significativas entre sanas y anoréxicas restrictivas en esta variable.

## VI.9. BIBLIOGRAFÍA. CAPÍTULO VI

Aaker David A y Day, George S (1980) *Marketing Research: Private and Public Sector Decisions*, John Wiley & Sons, Nueva York. 350 pag.

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (1998). Diciembre. Número 26. Pag. 1-2

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. (1999). "El Ministerio de Sanidad dialoga con diversos sectores para la toma de medidas entorno a los trastornos nutricionales y la anorexia" Mayo. Número 31. Pag. 1,2-4

Balaguer Callejón. M.L (1985) *La mujer en los medios de comunicación*. Málaga Arguval. pag.67-88.

Barbancho, G; Alfonso, G (1983) *Estadística elemental moderna*. Barcelona. Ariel. 461 pag.

Código de conducta publicitaria.(1999).AAP (Asociación de Autocontrol de la Publicidad) 14 de abril de 1999.

Guillemot, A , Laxenaire, M. (1995) *Anorexie mentale. Le poids de la culture*. Paris. Masson. (Traducido:Alfonso Rodríguez Martínez. *Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura*". Barcelona. Masson. 159 pag.)

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. AEA (Asociación Española de Anunciantes). Madrid.

Loureiro Cachón, V.E (1994) *Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de BUP. Municipio de La Coruña*. Tesis. Santiago de Compostela.

Miguel, de A. (1997).*La sociedad española 1996-1997. Informe sociológico de la Universidad Complutense*. Editorial Complutense. S.A. Madrid. 1ª ed. pp 63-103

Observatorio de la Publicidad. Informe de 1998. Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. (No publicado)

Pearson, J.C et al (1993) *Gender and Communication* (Traducido: Cristina Rodríguez Fisher. Wm.C.Brown Publisher,Dubuque (1985 y 1991) *Comunicación y Género*. Barcelona. Paidós Comunicación. 440 pag.)

Stevens,S.S(1946):" On the theory of scales of Measurement". Science,103. Pag.677-680.

Toro, J, Salamero, M, Martínez Mallén, E (1995) Evaluación de influencia sociocultural sobre el modelo estético corporal en anorexia nerviosa" Revista de psiquiatría de la Facultad de medicina de Barcelona. Vol 22. Nº 7 pag.205-214

Toro, Josep. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad*. Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

## **BIBLIOGRAFIA COMPLETA.**

Aaker David A y Day, George S (1980) *Marketing Research: Private and Public Sector Decisions*, John Wiley & Sons, Nueva York. 350 pag.

AA.VV. (1980) *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*. Third edition. Washington,DC, The American Psychiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord).*DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 1ª ed. Barcelona. Masson. 1981)

AA.VV. (1988) *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*. Third edition. Revised, Washington,DC, The American Psychiatric Association. (Traducido:).1ª ed rev. *DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 1988.)

AA.VV. (1995) *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*.. Fourth edition. Washington,DC. The American Psychiatric Association. (Traducido: Pichot,Pierre. (Coord) *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . Barcelona. Masson. 1995)

AAVV. Coord. Morandé,G (1995) *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Insalud. Madrid. pp.193.

AA.VV (1996) "Anorexia y bulimia" GINE-web: Newsletter. Información en español sobre salud y bienestar de la mujer. Número 2:septiembre. <http://www.unizar.es/gine/nw2.htm#DOS>. 6 pag. **¡Error! Marcador no definido.**

AA.VV. (1996) "Anorexia y Bulimia" Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell, Departamento de Enfermería Psiquiátrica, revisado 3/96. traducido por la Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization, PAHO). <http://www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html>.

Abou Saleh, Mohammed T.; Younis, Yahia; Karim, Lina (1998) "Anorexia nervosa in an Arab culture".*International Journal of Eating Disorders*. Mar; Vol 23(2): 207-212

Abraham,S y Llewellyn-Jones,D (1994) *Eating disorders. The facts*. Oxford. Universiy Press. 1988 (Traducido: Diane Shofield *Anorexia y bulimia, desórdenes alimentarios*. Madrid. Alianza editorial, 1994. 213 Pag.)

Adorno,T. Teoría estética. Madrid. Hispamérica,1984.185 pag.

Ajuriaguerra de J (1986) *Manuel de psyquiatric de l'enfant*. Paris. Masson. 1973 (Traducido: Alfredo Rego. *Manual de psiquiatría infantil*, 4ªed, Masson, Barcelona. 187-199 Pag)

Aleman,M. (1995) *Enciclopedia de las dietas y la nutricion. Los secretos de nuestra alimentación. Claves para una dieta racional y equilibrada*.1ª ed. Barcelona. Planeta.pp 404-546.

Alonso Fernández, F. (1996) *Las otras drogas: Alimentación, sexo, televisión, compras, juego, trabajo. Colección fin de siglo*, Temas de hoy. Madrid, pp 67-89

Alonso, S y Ruiz, R (1999) "El gobierno obligará a los diseñadores a impulsar tallas superiores a la 40 para frenar la anorexia". *La Razón*.15/4. Pag 14 y 37.

Alvarado, P.(1998); "Camping para engordar. Un hospital sevillano organiza un campamento de verano para anoréxicos" *El Mundo*. 26/7Pag.30

Andersen. A.E.y Di Domenico,L.(1992): "Diet vs shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders?" *International Journal of Eating Disorders*,11,3:283-287.

Arroyo.B. (1997) "El PSOE de Madrid inicia una campaña contra la publicidad que incite a la anorexia" *ABC*, 17/6. Pag. 90)

Asociación de Autocontrol de la Publicidad (1999). *Código de conducta publicitaria. Barcelona* (AAP). 14/4.

Autocontrol de la publicidad.Publicaciones de la AAP.(1998). "Proposición no de ley para combatir la anorexia mediante el apoyo del sector publicitario" Diciembre. Número 26. Pag. 1-2

Autocontrol de la publicidad. Publicaciones de la AAP(1999) "Plan de acción 1999-2001 de la Comisión Europea sobre política del Consumidor". Enero. Número 27. Pag 12.

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la AAP(1999). "El Ministerio de Sanidad dialoga con diversos sectores para la toma de medidas entorno a los trastornos nutricionales y la anorexia" Mayo. Número 31. Pag. 1,2-4

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la AAP. (1999). "La Comisión de Educación y Cultura del Senado, invita al sector publicitario a dialogar en torno a la anorexia y la bulimia" octubre. Número 36. Pag. 39

Autocontrol de la Publicidad.Publicaciones de la AAP (2000). "Conclusiones sobre los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia" y "AAP: el Contol de la Publicidad en 1999". Enero. Número 39. Pag. 4 y 33.

Balaguer Callejón. M.L (1985) *La mujer en los medios de comunicación*. Málaga Arguval. Pag.67-88.

Bañuelos,C (1994) "Los trastornos estéticos en los albores del siglo XXI : Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema" *Revista española de investigaciones sociológicas*, 68,oct-dic. Pag.119-135

Baravalle, Graziella; Jorge, Carlos H.; Vaccarezza, Laura E. (1996) *Anorexia: teoría y clínica psicoanalítica*. Ediciones Piados Ibérica. Barcelona.

Barbancho, G; Alfonso, G (1983) *Estadística elemental moderna*. Barcelona. Ariel. 461 pag.

Barthes, R(1978) *El sistema de la moda*. Barcelona. G.Gili. 275 pag.

Baudrillard, J. (1980) *El intercambio simbólico y la muerte*. Caracas, Monte Avila Editores. 200 pag

Baudrillard, J.(1989) *Crítica a la economía política del signo*. México. Siglo XXI. 225 pag

Beato, L. (1998) Conferencia:"Comportamiento alimentario" CICLO DE DIETÉTICA Madrid. Jueves día 20/11.

Beker,E. Benedetti de C. Goldvarg de ,N. (1996) *Anorexia y Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias*. 2ª ed. Argentina. Atuel. 255 pp.

Bello, M. (1999) Conferencia sobre "Trastornos de la Conducta Alimentaria". Madrid. 19/1

- Benjamin, W. (1982) *Das Passagen. Werk, Gesammelte Schiften, Band V.1*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. Aufzeichnungen und Materialien, B (Mode)
- Blackman M (1996); "Anorexia Nervosa. Diagnosis and Magementet", julio-agosto. Issues of Medical Scope Monthly. 5 Pag. <http://tminus10.com/Children/Health/anex.htm>.
- Blachez,P.F. (1869). "Boulimie", en A. Dechandre(ed):Dictionarie Enciclopedique des Sciencies Medicales,1ª serie, vol.10. Masson.
- Blanco y Negro (1969)"Las caderas se redondean y el talle adquiere una indescriptible finura" 1/11.Pag 26
- Blanco y Negro (1974)"Moda Ad Lib" 29/7.Pag 13.
- Bourdieu, P. (1988) *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, Taurus. 250 pag.
- Bourdieu, P. (1990) "*Alta cultura y alta costura*", en *Sociología y cultura*, México, Grijalbo. Pag. 78-81
- Bruch.H (1973) *Eating disorders: Anorexia nervosa and the persons Wthin*. N.Y.Basic Books. 150 pag.
- Bruch.H (1978) *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia nervosa*. Cambridge, Massachussets. Harvard University Press.300 pag
- Brusset, B. (1985) *La anorexia*. Editorial Planeta, S. Barcelona. 275 pag.
- Carbajo,G, et al (1997) "Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento" *Psiquis*,16,4;21-26p.
- Carretero Baeza. M. L. (1999) "Etiquetado nutricional de los alimentos: realidad europea y futuro". *Alimentación nutrición y Salud*. Nº1,en-mar Pag 3-6.
- Casino G.(1996) "Al escáner, dietas y "fast food " *Hemeroteca*. Número 202. Jueves, 16/5.
- Catina, A; Boyadjieva, Svetlana; Bergner, M (1996) "Social context, gender identity and eating disorders in Western and Eastern Europe: Preliminary results of a comparative study". *European-Eating-Disorders-Review*. Jun; Vol 4(2): 100-106
- Cervera Enguix, S.; Quintanilla Madero, B.(1995) *Anorexia nerviosa : manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. 360 pag.
- Cervera, M.(1996) *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.160 pag.
- CIS (Centro de Invstigaciones Sociológicas) Barómetro de septiembre de 1999.
- Clauser,G.(1961) Verhaltensanalyse und aktiv-analytische Psychotherapie pudertätsmagersüchtiger Mädchen, en "Prax . Kinderpsychol." 10. 278-287.
- Cohen, M. A (1997) *Tostadas y mermeladas para el desayuno. Hacer las paces con la alimentación emocional*. Pirámide.Madrid. 360 pag.



Colías, Y. (1999). "Anorexia. Los diseñadores se defienden" Arte de Vivir. Abril. Pag 64-67.

Coll Ribas, M ; Quinn, M. (1996) *Anorexia y bulimia: un problema actual*. Barcelona. Colimbo Ediciones, S.L. 300 pag.

Córdoba, V. (1997) "Hamburguesas con vitamina E.Los antioxidantes disminuyen algunos de los peligros de las grasas" <http://www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html>

Cormillot,A.(1995) *La dieta del 2000. Alimentación, salud y recetas*. Paidós, Barcelona. 160 pag.

Crispo,R(1994)*Trastornos del comer*. Barcelona. Herder. 260 pag.

Crocei,P et al (1993) *Los cuerpos dóciles. Hacia un tratado sobre la moda* La Marca. Buenos Aires. 250 pag.

Cuesta Rute, J.M., Rodríguez ,L . (1998) "El delito publicitario" Publicación de la Asociación de Autocontrol de la Publicidad. Diciembre. Número 26. Pag 14-23.

Chernim K.(1982): *The obsesion (Reflections of the tyranny of slenderness)*. Perennial library, Harper and Row. NY. 206 Pag.

Chinchilla Moreno, A. (1994) *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria : anorexia nerviosa y bulimia nerviosa* Barcelona. Masson. 375 pag.

Davis, Nancy L.; Clance, Pauline Rose; Gailis, Andra T. (1999) "Treatment approaches for obese and overweight African American women: A consideration of cultural dimensions". *Psychotherapy*. Spr; Vol 36(1): 27-35

Dextreit, R & J. *Cuarenta recetas para delgazar sin sufrir*, Arín, Barcelona 1984. 150 pag.

Díaz,M y Martínez-Fornés,A (1999)"Las tallas cada vez más pequeñas, empujan a la anorexia a miles de adolescentes". ABC, Martes 9/3.Pag.76-78.

Dinero.(1998) "Michelin, una historia sobre ruedas" Historia empresarial de España. Fascículo 2, Siglo XX. Pag,3

Ducker M. y Slade R. (1992) *Anorexia Nerviosa y Bulimia: Un tratamiento integrado*. México. Limusa,grupo Noriega editores. 275 pag.

E.G.M. (1996).Datos acumulados, 1º y 2º oleada, (22/1-17/3 y 8/4-2/6) AIMC. Madrid

Eco, U. (1986) "Los modos de la moda cultural" en *La estrategia de la ilusión*. Bs. As. Lumen/De la Flor.

El Mundo. (1998) "Caso CocaCola" 19/6. WWW.el-mundo.es.

Estudiantes. (1999) "La obsesión mental de la talla 38" marzo-abril.

Fairburn,C.G, Beglin,S (1994) "Studies of the epidemiology of bulimia nervosa". *Am J Pyiquiatr*.147:401-408.

Feighner,J.P. Robins,E. Guze,S.B.,Woodruff,R.A. Winokur,G., y Muñoz,R.(1972) "Diagnostic criteria for use in psychiatric research". *Archives of General Psychiatric* 26,57-63.

Fernández de Bohadilla, V.(1999) "Alarma contra la muñeca "Spaguetty". Tiempo. Nº880., 15/3. Pag 13

Flórez Tascón, F.J. (1962) *Delgadez, adelgazamiento y caquexia. Monografía* . Madrid. Roche. 54 Pag

García Rodríguez, F(1993). *Las adoradas de la delgadez: anorexia nerviosa*.Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid. 185 pag.

García de León, M.A et al (1996): "Sociología de las mujeres españolas. Editorial Complutense. Madrid. Pag. 313-317.

Garner D, M.y Garfinkel,P. E (1980) "Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa",*Psychological Medicine*,10:647-651

Gavarrón Casado, L (1989) *La mística de la moda*. Barcelona. Anagrama.260 pag.

Gavarrón Casado, L.(1982) *Mil caras tiene la moda*. Madrid. Penthalon. 250 pag

Gismero González, E.(1996) *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 300 pag.

Gómez Castallo ,J.D. (1999) "Mujer y publicidad". En Autocontrol de la publicidad. Publicaciones de la AAP. Número 29 Marzo.Pag 14-19

Gómez, P. (1996) *Anorexia nerviosa : la prevención en familia*. Madrid. Ediciones Pirámide. 260 pag.

González, E. (1999) "La realidad virtual como ayuda psicológica".Madrid. Diario 16.11/2.Pag 3.

Gordon, Richard A.(1995) *Anorexia y bulimia* .Barcelona. Editorial Ariel. 376 pag

Griffiths, Rosalyn A.; Beumont, Pierre J.V.; Russell, Janice; Schotte, David; Thornton, Christopher; Touyz, Stephen; Varano, Pina(1999) "Sociocultural attitudes toward appearance in dieting disordered and nondieting disordered subjects".*European-Eating Disorders-Review*. Jun; Vol 7(3): 193-203

Guillemot, A , Laxenaire, M. (1995) *Anorexie mentale. Le poids de la culture*. Paris. Masson. (Traducido:Alfonso Rodríguez Martínez. *Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura*". Barcelona. Masson. 159 Pag.)

Gull,W,W.( 1874) "Anorexia nerviosa. (apepsia hysterica, anorexia hysterica)" *Transaction of the Clinical Society of London*,7:22-28

Haber,-Sandra(1985) "The cult of dieting: Social, cultural phenomena". *Psychotherapy in Private Practice*. Win; Vol 3(4): 123-128

Hamilton, Linda H.; Brooks Gunn, J.; Warren, Michelle P. (1985) ."Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*. Nov; Vol 4(4): 465-477

HamiltonK y Waller,G (1993):"Media influenceson body size estimation in anorexia and bulimia: an experimental study" *British Journal of Psychiatry*,162:837-840.

Harris, Diane J.; Kuba, Sue A. (1997). "Ethnocultural identity and eating disorders in women of color".*Professional Psychology: Research and Practice*. Aug; Vol 28(4): 341-347

- Hekier, M, Mayer. (1994) *Anorexia y Bulimia. Deseo de nada*. Paidós. Buenos Aires. 180 pag.
- Herrero Sánchez, N. (1996) "La imagen de la mujer en publicidad". Estudios de Consumo. Nº36. Pp. 33-45
- Hirschman Jane R. Y MunterCarol H (1989) *La obsesión de comer. Como superar la compulsión hacia la comida*. Paidos.Barcelona.
- Hoy.(1999) "El mundo de la moda acusa a la publicidad de fomentar el canon de la extrema delgadez" 17/3. Pag 31
- Hsu LKG.(1990) *Eating Disorders*. NY. Guilford Press. 275 pag.
- Hudson, J.I.; Pope, H.G.(1990) "Affective spectrum disorder:does antidepressant response identify a family disorders with a common pathophysiology?". Am J Psiquiatr. 147:552 564.
- Hudson, J.I.; Pope, H.G.(1992) "Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?". Am J Psiquiatr, 149:455-463
- Hudson, J.I.; Pope, H.G.(1992) "Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?". Am J Psiquiatr, 149:455-463
- Iancu, Iulian; Spivak, Baruch; Ratzoni, Gideon; Apter, Alan; et al (1994) "The sociocultural theory in the development of anorexia nervosa".Psychopathology. Jan-Apr; Vol 27(1-2): 29-36
- ICD 10. (1992) Trastornos mentales y del comportamiento .Madrid: Meditor
- ICD 9. (1988) Trastornos mentales y del comportamiento .Madrid: Meditor
- Igoín, L. (1997) *La bulimia y su infortunio*. Instituto Vasco de la mujer. Emacude. Vitoria.Pag.145.
- Jauregui, P.(1998). "Obesidad.la epidemia del siglo XXI. los expertos advierten sobre el aumento preocupante del sobrepeso" El Mundo. Nº 297. 4/6. WWW.el-mundo.es.
- Jiménez,Yuri(1996) "Pastillas adelgazantes: un precio demasiado alto" La nación. Revista Dominical. 22/9.3 Pag. [http://www.nación.co.cr/dominical/1996/septiembre/22/dom\\_pagina17.html](http://www.nación.co.cr/dominical/1996/septiembre/22/dom_pagina17.html)
- Jiménez González, V. (1969) "Apetito y alimentación" .Valencia. Boletín de la sociedad valenciana de pediatría, XI, nº 44, p. 388-393
- Johnston, Joni E .(1996) *Appearance obsession* (Traducido: Matilde Jiménez Acedo. ¿Por qué no me gusto? como dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico. Barcelona. Paidos. 271 p)
- Kestenberg, E. Kestenberg J.Decobert,S. (1976) . *El hambre y el cuerpo* ( Traducido del francés por Rafael Thomas. Madrid. Espasa calpe, 292 p.)
- Köning,R (1968) *Die mode inder menslichen Gesellschaft*.( Traducido como Sociología de la moda. Buenos Aires. Carlos Lohlé.

Krahnn.D.D.(1991) "The relationship of eating disorders and substance abuse". J sustance abuse.3:239-254.

La Rioja (1997)"Hay que simplificar las leyes sobre consumidores"Miércoles15/10.Pag10

Lambin, Jean J.(1996) *Le Marketing strategique*. París. Ediscience Internacional. 1995(Traducido: Salvador Miquel, Antonio Carlos Cuenca. *Marketing estratégico*, Madrid. Mc Graw Hill. 3º edicion, 610 páginas.

Lasègue,C.(1873) "De l'anorexie hystérique", Archives Générales de Médecine,abril,pp.385-403.

Lema Devesa,C y Gómez Montero,J(1999) *Código de la Publicidad* .Marcial Pons. Madrid. 2ª ed rev. 743 pag.

Leon, G.R y Finn,S.(1984) "Sex- Role stereotypes and development of eating disorders" en C.S.Widom(ed): *Sex roles and psycopathology*, Nueva York: Plenum.

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. AEA (Asociación Española de Anunciantes). Madrid.

Lofrano , V. H. (1995) "Anorexias y Bulimias" (Publicado en Punto Límite Año 1- Nº 3 Diciembre)

Lofrano . V. H. (1996) "Personalidad y trastornos alimentarios" (Publicado en Punto Límite Año1-Nº6/10-11. Agosto)

Lomazzi, G. (1972)."Un consumo ideológico" en AAVV. *Psicología del vestir*. Barcelona, Lumen.

López Blanco. M (1997) "Nutrición, tinto para adelgazar.El consumo moderado de vino no aumenta el peso corporal" El Mundo, 241. jueves, 3/4. WWW.el-mundo.es.

López Molina ,A (1993) "Las enfermedades de nuestro tiempo: anorexia y bulimia" Obesidad Vol. 6-Nº3/21-22 julio-septiembre.

Loureiro Cachón, V.E (1994) *Comportamiento anoréxico en población adolescente femenina de 3º de BUP. Municipio de la coruña*. tesis. Santiago de Compostela.

Llanos de, E. (1992) "Los hábitos alimentarios y su trastorno desde una ética corporal occidental" Anthropológica. Revista de etnopsicología y de etnopsiquiatría. Pag 369-377, 7-12. vol III.

Manso, S (1999) "El Congreso aprueba por unanimidad una batería de medidas para frenar la anorexia" 15 de abril. Pag 77.

Martínez de Bagattini C.(1995) "Cuerpo, Tiempo y Recuerdos en La Anorexia Nerviosa". Montevideo. <http://yeb.com.uypsychener/revista/TRASTORNOS.HTM>.

Martínez de Bagattini C.(1996) "Trastornos severos de la alimentación, anorexia y bulimia. Perfil clínico y abordaje terapéutico de la 1ª etapa del tratamiento" Montevideo. <http://yeb.com.uypsychener/revista/TRASTORNOS.HTM>.

Martínez Fornés Santiago: *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia*. Espasa-Calpe.Madrid.1994. 250 pag.

Martínez Mallén E: et al (1993) "Influencias socioculturales sobre actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación" Revista de Psiquiatría de la facultad de medicina de la universidad de Barcelona, 20. 2:51-65.

Marx K. (1976) *Introducción a la crítica de la economía política*. Bs.As. Editorial Polémica.

Mateos-Parra A. y Solano-Pinto,N.(1997) "Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas" Revista electrónica de psicología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.Vol. 1, No. 1, Julio 1997.

Mateu, V (1999) "Rechazan el empleo de modelos menores de 16 años" El mundo.15/4.Pag 36.

Matey P.(1997)."Nutrición/Comer menos para vivir más.Estudios en animales demuestran que tomar menos calorías retrasa el envejecimiento y prolonga la vida" El Mundo Nº 265. 16/10 WWW.el-mundo.es.

Matey P(1998) "Nutrición/ dietas, la energía no pesa. los estudios demuestran que el consumo de carbohidratos ayuda a perder y a controlar el peso" El Mundo. Nº 299. 18/06. WWW.el-mundo.es.

Matey P.(1998) "Nutrición / dieta y deporte. un estudio muestra las deficiencias en la alimentación de las atletas españolas,hambre de récord" El Mundo. Nº 281, 19/02. WWW.el-mundo.es.

Matey P. (1998) "Obsesionados por la perfección" El Mundo. Nº 303. 9/7. WWW.el-mundo.es.

Matey, P.(1998) "Tratar la autodestrucción" El Mundo 23/7. Pag 24.

Matey P.(1999) "Anorexia y bulimia. la nueva epidemia de los adolescentes" El Mundo. Nº 262 jueves, 25 de septiembre.

Mazur ,A (1986) "U.S. trends in feminine beauty and overadaptation" Journal of Sex Research, 22-281-303.

McCourt, Jim; Waller, Glenn (1996) "The influence of sociocultural factors on the eating psychopathology of Asian women in British society". European-Eating-Disorders-Review. Jun; Vol 4(2): 73-83

Mickalide, Angela D. (1990)"Sociocultural factors influencing weight among males".en Andersen, Arnold E. (Ed); et-al.. Males with eating disorders. Brunner/Mazel eating disorders monograph series, No. 4. (pp. 30-39). New York, NY, USA: Brunner/Mazel, Inc. x, 264 pp.

Miguel, de A.(1995) "Antología de piezas publicadas".(en *La sociedad española 1993-4/1994-5*, Editorial Complutense, Madrid.) Internet <http://WWW.servicom.es/tabulav/kalamos/num 1/esp/Pagina 67>

Miguel, de A. (1997).*La sociedad española 1996-1997. Informe sociológico de la Universidad Complutense*. Editorial Complutense. S.A. Madrid. 1ª ed. pp 63-103

Mongil San Juan, J.M (1986) "Revisión conceptual de la anorexia nerviosa " Folia neuropsiquiátrica del sur y este de España. Vol XXI,nº3 sept-dic. Pag 354-357

Montero R, (1993) "A de anorexia" El País Semanal, nº 128. 1/8. Pag 4

Morandé Lavín, G. (1990) *Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, anorexias nerviosas, bulimias y bulimaerxias*. Editorial Complutense de Madrid, Madrid, 336 Pag.

Morandé Lavin, G.(1995) *Anorexia nerviosa y nutrición*. Madrid. Fundación Española de la Nutrición. 240 pag.

Morandé, G. (1995) *Un peligro llamado anorexia*. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid. 250 pag.

Morgan, HG.(1977) *Fasting girls and our attitudes to them*. Br Med J;2: 1652-1655.

Mumford, David B.; Whitehouse, Andrew M.; Platts, Margaret. (1991) "Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford".British Journal of Psychiatry"Feb; Vol 158: 222-228

Nagel, K. L.; Jones, Karen H. (1992) "Sociological factors in the development of eating disorders".Adolescence. Spr; Vol 27(105): 107-113

Nasser, Mervat (1988) "Eating disorders: The cultural dimension".Social-Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Jul; Vol 23(3): 184-187

Noticias de la Comunicación (1999). Nº 179. Marzo

NUEVO VALE, Nº 875,876,877,888. Mayo-Junio, 1996. Nº 927,928,929,930. Mayo-Junio. 1997

Observatorio de la Publicidad. Informe de 1998. Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. (No publicado)

Ocu- Compra Maestra

- (1993) "Efecto fulminante" nº 156. Noviembre.
- (1993) "Productos falsamente "milagrosos"" nº149. Enero.pag44
- (1993) "La publicidad de la cosmética" nº149. Enero.pag46
- (1994) "La anorexia y la bulimia" nº 169. Septiembre
- (1996) "Productos sustitutivos de comidas" nº152. Abril. pag4-9.
- (1996) "El etiquetado nutricional" nº 160. Junio. pag 19-21

Ochoa Elena F.L. (1996) *"De la anorexia a la bulimia."* Aguilar.Madrid. 96 pag.

Orbach ,S.:Hunger strike.(1986)The anorectic's struggler as a metafhor for our age. New York, London, Ed Norton,201 Pag.

Ortega,F(1993) *La flotante identidad sexual* . Madrid. Editorial Grijalbo. 360 pag.

Otero, I (1999) "El Congreso exige la unificación de las tallas contra la anorexia", Diario 16. 15/4. Pag. 6.

Paxton, Susan J.; Sculthorpe, Anne (1991) "Disordered eating and sex role characteristics in young women: Implications for sociocultural theories of disturbed eating.Sex-Roles". May; Vol 24(9-10): 587-598

Pearson, J.C et al (1993) *Gender and Communication*. Wm.C.Brown Publisher,Dubuque (1985 y 1991) (Traducido: Cristina Rodríguez Fisher. *Comunicación y Género*. Barcelona. Paidós Comunicación. 440 Pag.)

Peña Marín,C et al (1990).*La mujer en la publicidad*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la mujer, Madrid. 220 pag.

Perez Tornero et al.(1992) *La seducción de la opulencia: publicidad, moda, consumo*. Barcelona.Paidós.

Ploog D.W, Pirke K.M(1987)"Psychobiology of anorexia nervosa"*Psychol Med*.17:843-59.

Quintas. E (1998) *Hábitos alimentarios y problemática nutricional de bailarinas, esquiadoras y baloncestistas. Comparación con jóvenes sedentarias y repercusión en la densidad ósea*. Tesis no publicada. Facultad de Farmacia. UCM.Febrero.

RAGAZZA, nº mayo, 1996,1997. Suplementos de mayo 1996,1997

Raich, R. M. (1995) *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid. 150 Pag.

Raphael, Frances J.; Lacey, J. Hubert (1992) " Sociocultural aspects of eating disorders". *Annals of Medicine*. Aug; Vol 24(4): 293-296

Raphael, Frances J.; Lacey, J. Hubert. (1994). "The aetiology of eating disorders: A hypothesis of the interplay between social, cultural and biological factors".*European-Eating-Disorders-Review*Sep; Vol 2(3): 143-154

Raush Herscovici, C.(1996) *La esclacitud de las dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario*. Barcelona.Paidós. 350 pag

Rienzo di.N. (1993) "Las crisis en pacientes bulímicas. Una reflexión desde el modelo psicoanalítico" Publicado en *Obesidad*. Vol.6-Nº 2/26-28 Abril-Junio.

Rincón,A (1997) *El reflujo de la diversidad a través de los medios de comunicación y la publicidad*. Vitoria.Instituto Vasco de la mujer.Emacude. Pag.145.

Rivière. M (1997) *La Moda ¿Comunicación o incomunicación?* Barcelona.Gustavo Gili. 218 pag.

Rodríguez P(1998) "El modelo de los 90: una mujer flaca y sin conflictos" 9/6, 4 Pag. [http://users.star.../lamaga/225\\_a.htm](http://users.star.../lamaga/225_a.htm)

Roth G.(1992) *Breaking Free From Compulsive Eating*. USA. Plume (1984) (Traducido: Amelia Brito. *Como superar la adicción a la comida*. Barcelona. Urano.270 Pag.)

Russell.G.F.M (1979) "Bulimia nervosa: an omnious variant of anorexia nervosa", *Psychological Medicine* 9:429-448.

Russell.G.F.M. (1985) "The changing Nature of anorexia nervosa: an introdcucción to the conference" *Journal of Pediatric Research*, 19:101-109

Saldaña Carmina:*Trastorno del comportamiento alimentario*. Terapia de conducta y salud.Madrid.1994.200 pag

Schütze, G: (1983) *Anorexia mental*. Herder. Barcelona. 217 Pag.

Schwartz,-Donald-M.; Thompson,-Michael-G.; Johnson,-Craig-L. (1982) " Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context".*International-Journal-of-Eating-Disorders*. Spr; Vol 1(3): 20-36

Selvini Palazzoli, M (1974) *From the intrasychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London Chaucer-Human. Context Books.

Selvini Palazzoli,M. (1965) "Interpretation of Mental Anorexia", en Meyer, J,E,H. Feldmann (ed) *Anorexia Nervosa*, Stuttgart. Thieme. Pag. 96-103.

SEMANA (1961) "Atención a la báscula" 4/7 Pag 30.

SEMANA (1961) "Miss Internacional" 11/7. Pag 29

SEMANA (1961) "¿Adelgazar, engordar? Acaba de lograrse la localización de la grasa" 8/8 Pag 45.

SEMANA ((1963) "La mejor de París" 11/6. Pag 15

SEMANA (1965) "Moda" 13/4.Pag 23

SEMANA (1964) "Opositoras a Miss Española" 5/5 Pag 18-20.

SEMANA ((1964) "Sobre las huellas de Michele Lucky. Su hija sube a las pasarelas de la alta costura" 12/5.Pag.38-39.

SEMANA ((1964) "Flacas, Flaquísimas" 12/5.

SEMANA (1964) "Miss Madrid es miss España" 12/5. Pag 30

SEMANA (1964) "Pierda de donde quiera" 2/6 Pag 42-44.

SEMANA (1964) "La nueva Miss Europa" 9/6. Pag 27

SEMANA (1965) "Moda" 6/4 Pag 45.

Serna de la, J L. (1997) "Nutrición/ Las dietas de urgencia" El Mundo. 10/4

Serna de la, J. L. (1997) "Obesidad. píldoras, dietas, grasa..." El Mundo. Nº 248. 22/5 WWW.el-mundo.es.

Serna de la, J. L.(1996) "Obesidad ¿Comer y adelgazar?. Los resultados de una nueva píldora para perder peso, que dificulta la absorción de las grasas, son discretos". El Mundo, Nº 217,jueves, 10/10. WWW.el-mundo.es.

Shaw,J (1995) "Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent S and adult females"European Eating Disorders Rewiew,3,1:15-23

Stevens,S.S(1946):" On the theory of scales of Measurement". Science,103. Pag.677-680.

Stice, E; Schupak-Neuberg,E et al (1994) "Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms, Journal of Abnormal Psychology , 103,4:836-840.

Stormer, Susan M.; Thompson, J. Kevin (1996). "Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses".International Journal of Eating Disorders. Mar; Vol 19(2): 193-202

Striegel-Moore, R.H., & Cachelin, F.M. (1999) "Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. In N.G.Johnson, M.C. Roberts, & J.



Worell (Eds.), *Beyond appearance: A new look at adolescent girls* (pp. 85-108). Washington, DC: American Psychological Association.

Michael C. (Ed); et-al. *Beyond appearance: A new look at adolescent girls*. (pp. 85-108). Washington, DC, USA: American Psychological Association. xvi, 464 pp.

SUPER POP, Nº 473, 474. Mayo, 1996. Nº 500, 501. Mayo, 1997.

Sutil L. (1996) *Las claves de la afectividad femenina*. Edaf. Psicología y autoayuda. Madrid.

Sutil L.(1995) *Estimulación Subliminal*. Madrid.Vergara.

Swift W.J.; Andres,D; Barklage,N.E.(1986) "The relationship between affective disorder and eating disorders. A review of the literature". *Am J Psychiatry* 143:290-299.

Szmukler,G.I; Patton,G (1995) "Sociocultural models of eating disorders". en Szmukler, George I. (Ed); Dare, Christopher (Ed); et al. *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. (pp. 177-192). Chichester, England UK: John Wiley & Sons. xviii, 420 pp.

Tannenhaus, N (1995) *Anorexia y Bulimia*. Plaza & Janes.Barcelona.187 pag.

Tarda, E, et al; (1996) *¿ Vivir para comer o comer para vivir?. Como adecuar la dieta a las necesidades personales*. Madrid, Acento editorial. 225 pag

Tato Plaza,A. (1999) "La publicidad ilícita en la jurisprudencia y en la doctrina del Jurado de la Publicidad" *Publicación de Autocontrol de la Publicidad*. Número 2.Enero.Pag.16-33

The Body Shop(1998), Dossier de prensa, campaña de lanzamiento "Ame su cuerpo" .

The Body Shop(1999), Catálogo de otoño-invierno de 1998/99

Thomae, H.(1961) *Anorexia nervosa*, Huber, Berna-Klett, Stuttgart. 220 pag

Thompson, J. Kevin; Heinberg, Leslie J. (1999) "The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them?" *Journal of Social Issues*. Sum; Vol 55(2): 339-353

Tiggemann, Marika; Pickering, Amanda-S. (1996) "Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*". Sep; Vol 20(2): 199-203

Toro,J,Cervera,M y Pérez,P (1985) "Influencia de los medios de Comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento" V *Mediterranean Congress Of Social Psychiatry*.(Comunicación no publicada)

Toro, J, (1988) "Factores socioculturales de la anorexia". *Revista de psiquiatría de la Facultad de medicina de Barcelona*. Vol XV. Nº 2 marzo-abril Pag 102-109.

Toro, J y Vilardell, E (1989) *Anorexia nerviosa*. Barcelona.Martínez Roca.

Toro, J, Salamero, M, Martínez Mallén, E (1995) *Evaluación de influencia sociocultural sobre el modelo estético corporal en anorexia nerviosa*" *Revista de psiquiatría de la Facultad de medicina de Barcelona*. Vol 22. Nº 7 pag.205-214

Toro, Josep. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad*. Barcelona. Ariel Ciencia.327 pag.

Traversa, O. (1993) "De la cintura de avispa a la "ligne normale": acerca de la figuración del cuerpo en los medios de prensa", en Crocei, P. et al. *Los cuerpos dóciles*, Buenos Aires, La marca. 300 pag.

Turón Gil V.J.(1997) *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona Masson, 1ª ed. 312 páginas

Vandereycken,Walter (1993) "The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity"Eating Disorders:The Journal of Treatment and Prevention. Spr; Vol 1(1): 7-16

Vandereyken, W.,Castro,J y Vanderlinden,J, (1991) *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca, edic.X, 83 Pag.

Vandereyken, Walter, Meermann, R (1984) *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*, Berlín: De Gruyter.

Veblen,T.(1992)*Teoría de la clase ociosa*.2ª ed.México.Fondo de cultura económica.406p

Vendrell, M.(1999)."Una de cada 5 adolescentes corre el riesgo de ser anoréxica". Diario 16, 11/2

Vilar,M.J (1975) *Estudio y tiranía de la moda*. Barcelona. Planeta. 215 pag.

Villota Toyos, G.(1992) "El desfile de los cuerpos" Publicado en el catálogo Bodies Parade, por Arteleku. Donostia.

White, Jane H. (1992) "Women and eating disorders: I. Significance and sociocultural risk factors.Health-Care-for-WomenInternational". Oct-Dec; Vol 13(4): 351-362

Wichstrom, Lars; Skogen, Ketil; Oia, Tormod (1994) "Social and cultural factors related to eating problems among adolescents in Norway". Journal of Adolescence. Oct; Vol 17(5): 471-482

Williamson, Lisa (1998) "Eating disorders and the cultural forces behind the drive for thinness: Are African American women really protected?" Social Work in Health Care.; Vol 28(1): 61-73

Williamson, Lisa (1998) "Eating disorders and the cultural forces behind the drive for thinness: Are African American women really protected?" Social Work in Health Care.; Vol 28(1): 61-73

Wonderlich,A,S, Mitchell,M.D.(1992) "Eating disorders and personality disorders" Berlín: De Gruyter. 250 pag.

Gwirsman,H.; Edelstein,CK., eds. *Special Problems in managing eating disorders*, Washington DC: AM J Psyquiatr pres.

www.asa.org.uk. Asociación Standard Advertising (Asociación Autocontrol Publicidad)

X Jornada de investigación interdisciplinaria sobre la mujer."La mujer en la opinión publica" (1995).Universidad Autónoma de Madrid. Pag 69-71.107,121-138.

Yunes,R. Romi J.C, Bertera,H. (1998) *Mesa redonda sobre anorexia y bulimia*. ALCMEON N°16 ([http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16\\_03.htm](http://drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16_03.htm).)20/6. 30 pag.